16e ANNÉE — N° 4. — 25 FÉVRIER 1904

LA Clinique Ophtalmologique

JOURNAL INTERNATIONAL DE CLINIQUE ET DE THÉRAPEUTIQUE OCULAIRES

PARAISSANT TOUS LES 15 JOURS

BOSTON MEDICAL LIBRARY APR 8 1904

PRIX DE L'ABONNEMENT
ance et Colonies. 10 fr.
ranger..... 12 fr.
2 éditions (France et
llemagne)..... 18 fr.
autres pays..... 20 fr.
Le numéro : 50 centimes
t livre ou mémoire dont il sera
voyé deux exemplaires sera
alysé.

Publié à **PARIS** *par les Docteurs*
Jocqs & Darier
43, rue Taitbout. 5, rue Saint Benoît.
ET A
STUTTGART
PAR
LE PROF. KÖNIGSHÖFER et LE PROF. RAEHLMAN

ADMINISTRATION
ET
ABONNEMENTS
9, rue Buffault, PARIS

Annonces : 50 centimes la ligne.
Tout auteur d'un article original aura droit à dix *exemplaires du numéro correspondant.*

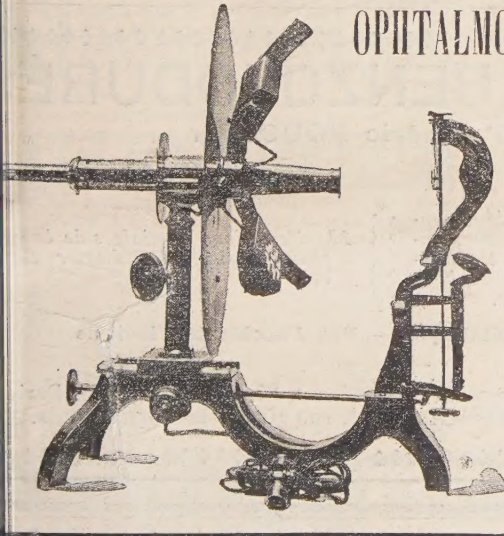
YCETOL VICARIO
Le Lycétol effervescent Vicario, *vingt fois plus actif que les sels de Lithine*, possède une action spécifique certaine contre les diverses manifestations de la diathèse urique : GRAVELLE, GOUTTE, COLIQUES NÉPHRÉTIQUES, etc Dose : de 4 à 8 mesures par jour dans un verre d'eau. — Pharmacie VICARIO, 17, Boul[t] Haussmann, PARIS.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES
En
cons
de
t de 60
mmes
rmés
la
mpe.
CHLOROFORME ADRIAN
SPÉCIALEMENT PRÉPARÉ
POUR L'ANESTHÉSIE
ainsi mis à l'abri du contact de l'air
le CHLOROFORME ADRIAN est d'une conservation indéfinie
VENTE EN GROS : 9 et 11, Rue de la Perle, PARIS

Dyspepsies. VIN DE CHASSAING, pepsine et diastase.
Alim. des enf., PHOSPHATINE FALIÈRES.
Constipat. POUDRE LAXATIVE DE VICHY.

CAPSULES DARTOIS
Les CAPSULES DARTO...
contiennent chacune
0,05 CRÉOSOTE DE HÊTRE
redistillée et *titrée* et
0,20 huile de foie de morue.
C'est le meilleur remède contre
BRONCHITES
CATARRHES
PHTISIE
TUBERCULOSE
3 ou 4 à chaque repas.
Le flacon, 3 fr.
105, rue de Rennes, Paris et les pharmacies, en exigeant le timbre de l'État français

RÉNALINE FRANÇAISE
(Solution Chlorhydrique au 1/1000)
Le plus puissant des hémostatiques connus
Employée dans les Hôpitaux
Vente en Gros : 11, Rue Payenne — PARIS
SOCIÉTÉ FÉDÉRALE DES PHARMACIENS DE FRANCE



OPHTALMOMÈTRE MEYROWITZ
NOUVEAU MODÈLE
Précision garantie
INDISPENSABLE
A MM. LES OCULISTES
PERIMÈTRES
et Ophtalmoscopes
BOITES DE VERRES D'ESSAI
LUNETTES D'ESSAI
INSTRUMENTS pour OCULISTES
Exécution des ordonnances
E. B. MEYROWITZ
3, rue Scribe, PARIS

FRICTIONS HYDRARGYRIQUES
AMPOULES CHAUMEL
Dosées à 4 grammes de
LANOLINE HYDRARGYRIQUE
Couper le haut de la capsule et en faire sortir le contenu par simple pression.
Échantillon gratis
CHAUMEL, Rue Lafayette, 87, Paris

VASOGÈNES
Dissolvants des produits médicamenteux
Absorption rapide, efficacité remarquable.
IODOSOL (Vasogène iodé à 6 %)
VENTE EN GROS : 11, rue Payenne
Société Fédérale des Pharmaciens de France.

IR IODOTANNIQUE
gréable au goût, le plus stable et le mieux
meilleur médicament remplaçant
ILE DE FOIE DE MORUE
lement supporté par les Enfants et les
ents les plus délicats. Recommandé
Anémie, le Lymphatisme, la Faiblesse congé-
Gourme, etc. PRIX : 3 fr. 50.

MÉDAILLE D'ARGENT
Exposition Universelle ANVERS 1894
NALINE
Pharmacien de 1re Classe
Ex-Interne des Hôpitaux de Paris
SAINT-DENIS (Seine) FRANCE

COLLYRES ASEPTIQUES
Ampoule stérilisées inaltérables
à la Cocaïne, à l'Ésérine, à l'Atropine
indispensables pour l'asepsie des opérations oculaires. PRIX DE LA BOÎTE : 2 francs.
PANSEMENTS ASEPTIQUES OCULAIRES
stérilisés par la vapeur à haute pression. — 2 boites suffisent pour une opération. LA BOÎTE : 2 fr.

CRITS DANS LES PRINCIPAUX HOPITAUX ET CLINIQUES DE FRANCE ET DE L'ÉTRANGER
ÉPÔT GÉNÉRAL : PHARMACIE CENTRALE de FRANCE, 7, Rue de Jouy, PARIS. — DÉTAIL : *Toutes Pharmacies.*

JUGLANDINE FERROUILLAT
Lymphatisme
ANÉMIE
SCROFULOSE
Pharmacie du Châtelet, rue de Rivoli, 35, Paris
Un verre à liqueur avant chaque repas

ARGYROL ou Vitellinate d'argent

préparé par les Drs **A. C. BARNES** et **H. HILLE**

Ce nouveau sel d'argent a remplacé tous les autres dans les principales Cliniques oculaires d'Amérique et d'Europe.

Propriétés chimiques : L'Argyrol contient 30 % d'argent ; il ne coagule pas l'albumine et ne précipite pas les chlorures ; il n'est donc pas caustique, n'est pas décomposé par les sécrétions — il est soluble en toute proportion dans l'eau.

Dr **John E. Weeks** (de New-York) : « A l'infirmerie des maladies des yeux et d'oreilles de New-York, l'Argyrol à 30 % est employée en instillations toutes les 2 heures dans les cas graves d'ophtalmoblennorrhée. Les instillations sont faites moins souvent dans les cas bénins ou au déclin de l'affection. On n'observe aucune irritation, jusqu'ici tout au moins, ni aucune autre complication. L'ophtalmie des nouveau-nés nécessite rarement un séjour de plus d'une semaine à l'hôpital quand elle est traitée par l'Argyrol.

Nous avons dans l'Argyrol un agent très puissant si ce n'est le plus puissant dans le traitement des conjonctivites purulentes, et le danger pour la vision est à peine à redouter si l'on applique vigoureusement le traitement avec des solutions fortes d'Argyrol.

L'Argyrol a également une grande valeur dans le traitement des dacryocystites ». (*Med. News*, 10 oct. 1903.)

Dr **C. R. Holmes**, de Cincinnati, vice-président de l'Association médicale américaine :

« J'ai trouvé que l'Argyrol était une acquisition précieuse dans le traitement des affections catarrhales de l'œil, du nez et de la gorge. Pour les maladies de la gorge et du nez, l'emploie à la dose de 5 à 20 % suivant la gravité et la chronicité des cas. Dans les conjonctivites catarrhales les solutions à 2 et 5 % donnent de très bons résultats. Dans la conjonctivite granuleuse les solutions à 20 % alternant avec d'autres topiques, sont d'un très bon effet.

Mode d'emploi et doses :

Dans la **conjonctivite purulente**, instillations généreuses de solutions à 25 %, toutes les 3 ou 4 h.

Dans les **conjonctivites catarrhales**, on répète 3 fois par jour les instillations à 5 — 20 %.

Dans la **Dacryocystite**, injections de solution de 10 à 25 %.

Les **inflammations post-opératoires** (cataracte, etc.) sont prévenues par des instillations à 20 %.

Dans le **trachome**, la solution à 25 % doit être appliquée en frictions sur la conjonctive. L'Argyrol ne colore pas la conjonctive.

Le flacon de 30 gr. : **8 francs.**

DÉPOTS :

Chez **Oswald GIRARD, 45, rue Bonaparte, ROBERTS, 5, rue de la Paix, PARIS**, à la **Pharmacie Centrale de France** et chez les tous les pharmaciens.

A Londres : chez **TASSET-JONHSON**, 32, Snow-Hill.

ÉPILEPSIE * HYSTÉRIE * NÉVROSES

Le SIROP de HENRY MURE *au* ***Bromure de Potassium*** (exempt de chlorure et d'iodure), *expérimenté avec tant de soin par les Médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.*

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre, en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à son incorporation dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : 5 francs.

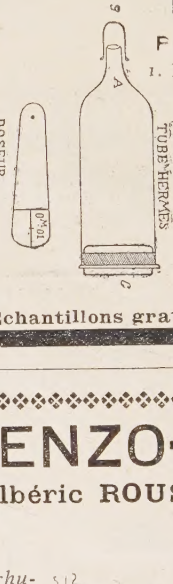
Phien **MURE**, à Pont-St-Esprit. — **A. GAZAGNE**, phien de 1re classe, gendre et successeur

TUBE HERMES

POUR

POMMADES OCULAIRES

Nom et modèle déposés



1. Pommade aseptique et **indolore** au **1/50 oxyde jaune de Hg**
2, à l'iodoforme porphyrisé au 1/50.
3, au précipité blanc au 1/50.

Préparées par **G. DURAND**, ph.de 1re c., *Châtel-Censoir* (*Yonne*.)

Mode d'emploi : Enlever la coiffe de verre, pousser le bouchon à l'intérieur du tube pour faire sortir la pommade que l'on n'a qu'à recevoir sur le doseur.

Prix : 2 francs

DANS TOUTES LES PHARMACIES

« Echantillons gratuits à MM. les Oculistes »

Les VERITABLES EAUX de

VICHY

sont les Sources de l'Etat français

ADMINISTRATION : 3, BOULEVARD MONTMARTRE, PARIS

CÉLESTINS. Gravelle, Maladies de la Vessie

GRANDE-GRILLE. Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire.

HOPITAL. Maladies de l'Estomac.

Puisées sous la surveillance d'un Représentant de l'Etat

PASTILLES aux SELS NATURELS

Vendues en boîtes métalliques scellées par la Cie

BOITES : 1 FR., 2 FR. & 5 FR.

SIROPS BENZO-IODURÉS

du Dr Albéric ROUSSEL

SODIQUE	POTASSIQUE
Hémoglobinurie paroxystique, rhumatisme chronique, asthme, emphysème, adénopathie trachéo-bronchique, obésité, néphrite chronique, actinomycose, etc.	*Manifestations tertiaires de la syphilis, syphilis héréditaire, etc., etc.*

Pas de saveur métallique. — Pas d'accidents d'iodisme.

P. RAYMOND, pharmacien de 1re classe, 87, rue du Temple, Paris.
MONNOT & BARTHOLIN, 21, rue Michel-le-Comte, Paris.

CÉRÉBRINE

(COCA-THÉINE ANALGÉSIQUE PAUSODUN)

Liqueur agréable, **de composition bien définie**, plus active et plus sûre que tous les analgésiques connus.

(*Une cuillerée à soupe à toute période de l'accès*)

MIGRAINES, NÉVRALGIES, Vertige stomacal, Zona, Courbature, Coliques menstruelles. Fl 5f et 3f

C. BROMÉE et **C. IODÉE** : Neurasthénie, Névroses, Névralgies diathésiques, **États congestifs** du cerveau. Fl. 5 fr.

C. BROMO-IODÉE : Névralgies du Trijumeau, Tic douloureux de la Face, Sciatique et autres rebelles *à tous traitements antérieurs.*

De 1 à 3 c. à s. par jour Fl 6 f.

C. Quinée : Grippe, Influenza, Coryza, Fièvres éruptives : De 1 à 3 c. à s. par jour. Fl. 5 fr.

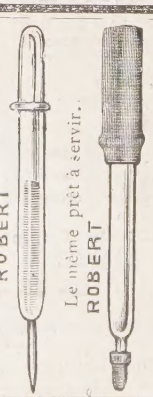
NOTICES ET SPÉCIMENS FRANCO

E. FOURNIER, 21, R. de St-Pétersbourg, Paris (Phien)

PRODUITS ROBERT STÉRILISÉS

BRÉVETÉS S. G. D. G.

37, rue de Bourgogne, PARIS



COLLYRES ASEPTIQUES

en tubes compte-gouttes scellés de 1 à 5 cc.

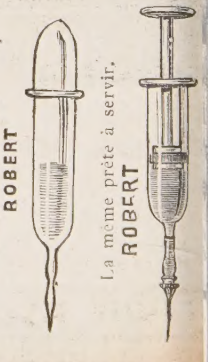
AMPOULES SERINGUES

permettant de faire l'injection sans le secours d'aucun instrument.

POMMADES OCULAIRES en tubes d'étain

Pansements oculaires, Catgut, Soies, etc.

CHLOROFORME DU CHLORAL



Sirop d'Iodure d'Amidon soluble

du Docteur **QUESNEVILLE**

L'*Iode* dulcifié par l'amidon détruit la **Scrofule tuberculeuse** et arrête la marche de la **Phtisie pulmonaire**. Convient aux enfants et est préféré à l'Huile de foie de morue, aux émulsions et aux iodures de fer et de potassium.

Le Flacon : 2f50. — PARIS, 12, Rue de Rivoli

DRAGÉES ST ANDRÉ MAYNIEL

DOSAGE MATHÉMATIQUE
PRÉPARATION AGRÉABLE
ACTIVE, COMPLÈTE
ASSIMILABLE

JAMAIS de contre-Indications

4 à 8 dragées pr jour (suiv. les cas) aux repas

ECHANTILLONS FRANCO

J. MAYNIEL, Pharmacien
Ex-Interne des Hôpitaux de Paris
85, rue Turbigo, PARIS.

DIATHÈSE URIQUE

Goutte. Gravelle. Rhumatisme chronique. Colique néphrétique

Une Dragée contient : *Carbonate, Benzoate, Salicylate de Lithine, Colchicine pure* 1/10e de milligr. - Excip. spéc. q. s. - Une Dragée sature 0,50c *Acide urique* pour le transformer en *Urate soluble éliminable*.

PRODUITS SPÉCIAUX D'OCULISTIQUE de la PHARMACIE MIALHE

Conjonctivites. — Trachome Granuleux

CUPRICINE MIALHE

CYANURE DE CUIVRE NEUTRE, CHIMIQ. PUR
SOLUTION — CRAYONS — POMMADE

Hémostatique — Vaso-constricteur

SOLUTION
D'ADRÉNALINE MIALHE
TITRÉE AU 1/1000

évrite optique, Affections spécifiques, etc.

HYDRARGYRINE PETIT

mpoules de lanoline hydrargyrique pour jections, dosées à 0,50, 1 gr., 2 gr. et 4 gr.

Pansement oculaire

TAFFETAS PETIT

ANTISEPTIQUE — ADHÉSIF
Indispensable pour isoler l'œil après les opérations.

Échantillons gratuits aux Docteurs

Pharmacie MIALHE, PETIT et ALBOUI, 8, rue Favart, Paris

Optique Médicale

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

de MM. les médecins oculistes

Jumelles pour théâtres, Courses, Marine

Boîtes de verres, Ophtalmoscopes, Campimètres, etc...

ANDRIEUX

OPTICIEN FABRICANT

Fournisseur des cliniques et hôpitaux

PARIS, 16, rue Soufflot.

NÉVRALGIES

MIGRAINES, NEURASTHÉNIE et toutes MALADIES NERVEUSES. *Guérison* certaine par les PILULES ANTINÉVRALGIQUES du **Dr CRONIER**

PRIX : 3 fr. LA BOÎTE avec Notice. *Franco poste.*

Dépôt : SCHMITT, Phien, 75, Rue La Boëtie, PARIS.
TOUTES PHARMACIES, FRANCE ET ÉTRANGER.

SAVONS MOLLARD

PARIS, 8, Rue des Lombards. USINE à St-Denis (Seine) la douz.
SAVON *Phéniqué*..., à 5 % de Ae MOLLARD 12f
SAVON *Boraté*.... à 10 % de Ae MOLLARD 12f
SAVON au *Thymol*..... à 5 % de Ae MOLLARD 12f
SAVON à l'*Ichthyol*... à 10 % de Ae MOLLARD 24f
SAVON *Boriqué*. ..... à 5 % de Ae MOLLARD 12f
SAVON au *Salol*..... à 5 % de Ae MOLLARD 18f
SAVON au *Sublimé* à 1 % ou 10 % de Ae MOLLARD 18f ou 24f
SAVON *Iodé* (KI — 10 %)..... de Ae MOLLARD 24f
SAVON *Sulfureux* hygiénique de Ae MOLLARD 12 ou 24f
SAVON au *Goudron* de Norwège de Ae MOLLARD 12f
SAVON *Glycérine* ..... de Ae MOLLARD 12f
ILS SE VENDENT EN BOITE DE 1/4 ET DE 1/2 DOUZAINE AVEC 35 % à MM. les Docteurs et Pharmaciens.

OLÉO-COLLYRES DOLVIN

à 1 % d'Acaloïdes purs dans l'HUILE stérilisée.

Oléo-atropine, Oléo-ésérine, Oléo-Cocaïne, Oléo-pilocarpine.

DOLVIN

RÉNO-COLLYRES MONTI

à 1 % d'Alcaloïdes dans la solution d'ADRÉNALINE à 1/4000

Réno-atropine, Réno-ésérine, Réno-cocaïne Réno-pilocarpine.

MONTI

Rigoureusement stérilisés, les **OLEO** et **RENO** collyres sont livrés en boîtes de six tubes, d'un modèle déposé,

transformables en compte-gouttes **capillaires** donnant des gouttes exactement **dosées.**

Ampoules stérilisées pour injections hypodermiques et sous conjonctivales

Pommades ophtalmiques **DOLVIN** indolores et aseptiques :

Oxyde jaune — Aristol — Iodoforme

Les produits DOLVIN et MONTI se trouvent : chez M. MINOT, pharmacien-préparateur, à Tours, et chez MM. MONNOT BARTHOLIN, 21, rue Michel-le-Comte, à Paris ; PIOT-LEMOINE, 28, rue Sainte-Croix, à Paris.

Thigénol Roche

mulsion sulfitée sodique sulfurée
contient 10 % de **SOUFRE**
succédané de l'**ICHTYOL**
Opre, Insipide, Soluble eau.

taches de Thigénol sur le linge raissent par simple lavage au.

AFFECTIONS PULMONAIRES
Traitées par le

Thiocol Roche

Dérivé succédané de la **CRÉOSOTE**

Soluble, Inodore, Insipide

2 à 8 gr. par jour.

(1 gramme Thiocol = 0,52 Gaïacol actif).

Airol Roche

Succédané de l'**IODOFORME**

« *Moins toxique que l'Iodoforme, l'Airol a encore sur ce dernier l'avantage d'être inodore et de n'exercer sur la peau aucune action irritante.* » (Dr LEGUEU, Chirurgien des Hôpitaux de Paris.)

« *L'Airol dessèche les plaies et facilite leur cicatrisation d'une façon remarquable; il est incontestablement préférable à l'Iodoforme sous tous les rapports et surtout parce qu'il n'a pas d'odeur.* » (CRINON, *Nouveaux Remèdes.*)

« *L'Airol a un pouvoir bactéricide égal sinon supérieur à celui de l'Iodoforme.* »
(Prof. FRIEDLANDER.)

Elixir laxatif agréable à prendre

CASCARA ALEXANDRE

LIQUIDE

0g, 50 PAR CUILLERÉE A CAFÉ

19, Rue des Mathurins, PARIS

la CONSTIPATION

1 à 2 cuillerées à Café le soir avec la Potion.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie, 7, *Rue Saint-Claude, PARIS* (IIIe).

PROTHÈSE OCULAIRE
Les plus hautes récompenses à toutes les Expositions universelles

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX
SUR LES
YEUX ARTIFICIELS
Leur adaptation, leur usage et les moyens de se les procurer
Par A.-P. BOISSONNEAU FILS *
OCULARISTE
De Facultés et Universités françaises et étrangères, fournisseur des Hôpitaux civils et militaires
28, rue Vignon, PARIS (IXe) de 2 h. à 4 h.
Ancienne rue de la Ferme-des-Mathurins, près la Madeleine

R. COULOMB *, Externe des Hôpitaux
SUCCESSEUR

Brochure in-8°, avec 4 gravures sur bois. — Cette brochure est envoyée FRANCO

AMPOULES POUR L'OPHTALMOLOGIE PAILLARD-DUCATTE
COLLYRES HUILEUX
Atropine, Cocaïne, Eserine, Iodipine, etc.
COLLYRES AQUEUX et Ampoules Compte-Gouttes
Acoïne, Atropine, Cocaïne, Dionine, Eserine Eucaïne, Pilocarpine, Rénaline, Tropacocaïne
AMPOULES ORDINAIRES et AMPOULES AUTO-INJECTABLES
à tous Médicaments pour injections hypodermiques
Laboratoire PAILLARD-DUCATTE, Phens, 17, Pl. de la Madeleine, Paris. Tél. 254-57.

MAISON FONDÉE EN 1879
INSTRUMENTS DE PRÉCISION POUR L'OPTIQUE ET LES MATHÉMATIQUES
Fabrique de LUNETTES et de PINCE-NEZ
G. SÉGUIN
14, Boulevard St-Michel, 14
entre le Boulevard St-Germain et la Fontaine
PARIS

MIXTURE ANTIDIABÉTIQUE MARTIN DE SARLAT
Traitement du DIABÈTE Sans Régime
Ethers de la Glycérine constituant les Corps gras
DÉPÔT Gal : 97, Rue Lafayette PARIS

LABORATOIRE
DE PRODUITS ORGANIQUES
Du Dr Léon JACQUET, ✠, Ph. de 1re classe
RUE BOILEAU, 269, LYON.

ADRÉNALINE
Solution au 1/1000
En flacon de 3 fr. ou en boîtes de 5 à 10 ampoules.

Collyres Aseptiques indolores
En Ampoules compte-gouttes. Prix : 0.50 à 0.60
1° **Extrait du corps ciliaire** (Formule du Dr Dor), pour Cyclites et Ophtalmies sympathiques.
2° **Suc oculaire** du Dr Darier (corps ciliaire, iris, phoroïde et rétine).
3° **Extrait des Glandes** surrénales pour kératites vasculaires, conjonctivites et épisclérites.
4° **Injections sous-conjonctivales**, acoïne, dionine, euphtalmine, homatropine, cocaïne, atropine, ésérine, cyanure de mercure, chlorure de sodium, etc.

Pastilles d'Adrénaline
Prix : 5 francs la boîte

INJECTIONS HYPODERMIQUES STÉRILISÉES
en ampoules de 0,50 centimes
Caféine, morphine, ergotine, cocaïne, cacodylate de soude, sels de mercure, etc.
Remise importante à MM. les Docteurs.

Acoïne
rend absolument INDOLORES LES INJECTIONS SOUS CONJONCTIVALES et SOUS-CUTANÉES. Avec l'Acoïne on produit une durée de l'Anesthésie considérablement plus longue qu'avec la Cocaïne et autres anesthésiques.
Pour les doses et le mode d'emploi consulter la *Clinique Ophtalmologique* du 25 juin 1899 ou demander la brochure.

Xéroforme
Remplace avantageusement l'iodoforme sans en avoir l'odeur. Il n'est pas toxique et est éminemment siccatif et désodorisant. Il possède une action spécifique dans la guérison des ULCÈRES de la CORNÉE, du CATARRHE PRINTANIER, des ECZÉMAS HUMIDES, etc., etc.
NOTICES ET RENSEIGNEMENTS : L. BARBERON
15, place des Vosges, PARIS. Téléphone 113.70

Arnhold
Opticien-constructeur, 13, rue Aubert, PARIS
PINCE-NEZ AMÉRICAINS
LUNETTES A DOUBLE FOYER
OPTIQUE MÉDICALE
Grand choix de Lunettes et Pince-nez cristal de roche.

PROTHÈSE OCULAIRE

MODÈLE NOUVEAU A CHAMBRE ANTÉRIEURE

IRIS A REFLETS CHATOYANTS (MODÈLE DÉPOSÉ)

J.-B^te PADRONA & C^IE

OCULARISTES

1, rue Rossini, PARIS

SANTHÉOSE Médication par la Théobromine

Chimiquement pure (fabrication française).

1° SANTHÉOSE
Diurétique idéal.
Affections cardiaques et rénales.
2 à 6 cachets de 0,50 gr. (Théobromine pure.)

2° SANTHÉOSE CAFÉINÉE
Diurétique et cardio-tonique.
Fièvres typhoïdes, Pneumonies, Influenza.
2 à 6 cachets de 0,50 g. (Théobromine, 0,45 g.)

3° SANTHÉOSE PHOSPHATÉE
Diurétique et tonique.
Surmenage, Neurasthénie, Convalescence,
2 à 6 cachets de 0,75 g. (Théobromine, 0,50 g.

4° SANTHÉOSE LITHINÉE
Diurétique et anti-uricémique.
Préventif de la sclérose cardio-rénale.
Goutte, Gravelle.
1 cach. de 0,75 g. (Théobromine, 0,50 g.), tous les matins 20 jours par mois.

VENTE en GROS 4, rue du Roi-de-Sicile, 4, Paris, 4e arrondt.

DÉTAIL DANS TOUTES PHARMACIES.

ALADIES DE POITRINE

BRONCHITES CHRONIQUES
TARRHES PULMONAIRES, LARYNGITES
EXTINCTIONS DE VOIX, etc., etc.
Traitement rationnel par le
ROP Balsamo-Sulfureux LE BRUN
ONOSULFURE DE SODIUM CHIMIQUEMENT PUR
Goudron, Tolu et Alcoolature de Racine d'Aconit
IX : 3 fr. DÉPOT : **PHARMACIE CENTRALE**,
O, Faubg Montmartre, Paris et Pharmacies.

Granules de Catillon

A 1 MILLIGR. D'EXTRAIT TITRÉ DE

STROPHANTUS

2 à 4 par jour produisent une **diurese** rapide relèvent le **cœur** affaibli, dissipent
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES
Usage continu sans inconvénient ni intolérance.
Effet immédiat, pas de vasoconstriction.
EXIGER LA MARQUE. — Paris, 3, Boul^d St-Martin.

CACODYLATE DE SOUDE CLIN

(Arsenic à l'état organique)

Gouttes Clin : 1 cgr. de **Cacodylate** de **Soude pur** par 5 gouttes.
Se prennent aux repas dans un peu d'eau. S'administrent également par la voie rectale.

Globules Clin : 1 cgr. de **Cacodylate** de **Soude pur** par globule.

Tubes stérilisés Clin : pour **Injections hypodermiques.**
5 centigr. de *Cacodylate de Soude pur* par Tube.

DOSE MOYENNE : 0 gr. 10 de Cacodylate de Soude par jour, correspondant en Arsenic à 0 gr. 06 d'Acide arsénieux ou à 6 gr. 15 de Liqueur de Fowler.

CLIN & C^ie. — F. COMAR & Fils (MAISONS RÉUNIES), 20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS. 678

VIN NOURRY

Iodotané

Exempt de tout iodure alcalin.

GOUT AGRÉABLE — ASSIMILATION PARFAITE
Cinq centigr. d'Iode par cuill. à soupe;
Dix centigr. de Tanin par cuill. à soupe.
INDICATIONS : **Lymphatisme, Anémie, Menstruation difficile.**
DOSES : Adultes, une cuill. à soupe;
Enfants, une cuill. à café aux repas.
315
CLIN & COMAR, 20, Rue Fossés-St-Jacques, Paris.

Ed. HENRY

Ingénieur-Opticien

BREVETÉ S. G. D. G.

15, rue Dauphine, PARIS.

Lunettes - Pince-Nez - Face à main

YEUX ARTIFICIELS

Exécution des ordonnances de MM. les Docteurs-Oculistes.

22, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

Maison Ed. LUTZ. — E. FEINBERG, Succr

Opticien-fabricant, Fournisseur des Hôpitaux

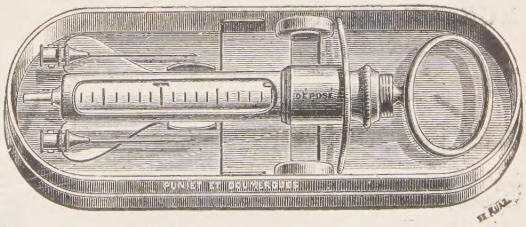
LUNETTES & PINCE-NEZ

Exécution rapide des Ordonnances de MM. les Docteurs Oculistiques.

INSTRUMENTS
DE
CHIRURGIE OCULAIRE

DOUMERGUES

40, rue de Londres, PARIS



SERINGUES STÉRILISABLES

PISTON INALTÉRABLE

Derniers perfectionnements.

Prix net avec boite en nickel, chevalet et 2 aiguilles en platine

1 gr....	11 fr. 50	5 gr....	16 fr.
2 —	13 »»	20 —	24 »»

ÉTUVES A DÉSINFECTION

ARSENAL COMPLET POUR OPÉRATIONS

Maison MATHIEU

FONDÉE EN 1848

Ateliers et Magasins : 113, boulevard Saint-Germain,

PARIS

FABRIQUE

d'Instruments de Chirurgie oculaire et générale

ÉLECTRICITÉ MÉDICALE -- PROTHÈSE OCULAIRE

Fournisseur des Hôpitaux et des principales Cliniques

Catalogue général franco sur demande.

MAISON A. CRÉTÈS

J. CORNET, Successeu

OPTICIEN-FABRICANT

PARIS, 66, RUE DE RENNES (6e arrond.), **PARIS**

EXPOSITIONS UNIVERSELLES 1878 et 1889

Médailles d'or

Ophtalmoscopes des Drs DE WECKER, LANDOLT, MASSELO FOLLIN, MORTON, etc.

Kératoscope enregistreur et **Arc kératoscopique** d Drs DE WECKER, MASSELON.

Périmètres du Dr LANDOLT, du Dr BADAL, du Dr ASCHER

Aximètre du Dr LEPLAT

Chromatoscope du Dr RIBEIRO DOS SANTOS

Prisme mobile de A. CRÉTÈS, nouvelle division avec angl métriques et angles de déviation par le Dr LANDOLT

Campimètre du Dr DE WECKER

Boîtes de verres d'essai petits et grands modèles, etc., et

Sphéromètre et appareils de la Geneva Optical Cie de Chicago

BI-IODURE SOUFFRON

$KI+HgI^2$ (Chimiquement purs)

Maladies cutanées et syphilitiques (Tolérance, Inaltérabilité)

SOLUTION TITRÉE { KI (chimiquement pur) 1 gr. / HgI^2 » 0,01 c.

Une cuillerée à soupe contient

L'étiquette *ne porte pas les mots* Mercure, Hydrargyre, Syphilis, etc. Peut pénétrer dans les familles sans éveiller aucune suspicion.

VENTE : Phcie SOUFFRON, 58, Rue Miromesnil, PARIS et Phcies.

OPTIQUE MÉDICALE

Maison **KERN**

L. LAISSUS, SUCCESSEUR

7, RUE DE CHATEAUDUN

PARIS

LUNETTES, PINCE-NEZ

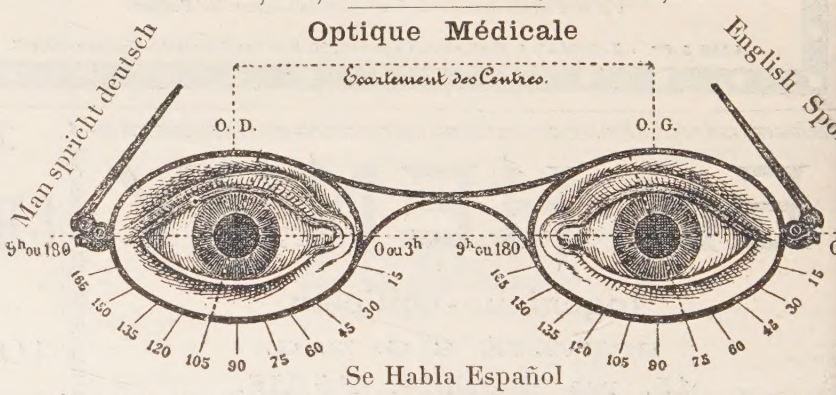
JUMELLES, FACES A MAIN

Exécution rapide des ordonnances de MM. les Docteurs oculistes.

MOREAU C., Opticien Constructe

PARIS, 16, Rue de Seine, PARIS, 6me.

Optique Médicale



Se Habla Español

EXÉCUTIONS RAPIDES DES ORDONNANCES DE MESSIEURS LES OCULISTES

HUILE GRISE STÉRILISÉE VIGIER

et HUILE au CALOMEL STÉRILISÉE VIGIER * HUILE au BI-IODURE de MERCURE STÉRILISÉE

VIGIER, Phen, 12, Boule Bonne-Nouvelle, PARIS, et toutes Pharmacies.

SAVON DENTIFRICE VIGIER LE MEILLEUR DES ANTISEPTIQUES

NUCLÉNAL BOUTY

Nucléine Phosphoglycérates

3 à 4 Dragées par 24 heures, au moment des repas. — 1, Rue de Châteaudun, PARIS.

ACCROISSEME
DÉVELOPPEME
REPRODUCTI

ARGENT COLLOÏDAL

Syn. : "Collargol Midy" **ANTI-MICROBIEN**

Pommade pour Frictions | Solution pour Injections

15 0/0 — *Capsules de 3 gr.* | 1 0/0 — *Ampoules de 1 et 2 c.c.*

Laboratoire MIDY, 113, Faubourg Saint-Honoré.

préparé par

MIDY

PÈRE et FILS

Pharmaciens de 1re Classe

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE *(Suite).*

Salomonsohn. H. Zur Lokalisation der einseitigen Ophthalmoplegia externa. Nachtrag. v. Gräfe's Archiv für Ophthalmol., Bd. 55, Heft 2, S. 265.
Tschermak. Ueber einige neuere Methoden zur Untersuchung des Sehens Schielender. Centralbl. f. prakt. Augenheilk., Nov. 1902.
Tschermak. Armin. Ueber die absolute Lokalisation bei Schielenden. Mit 6 Figuren im Text. v. Gräfe's Archiv f. Ophthalm., Bd. 55, H. 1, S. 1 ff.

b) Orbite.

Cause. Fritz. Zur Casuistik des intermittierenden Exophthalmus und der varikösen Venenerweiterungen in der Umgebung des Auges. Giessen 1902.
Franke. Zur Diagnose und Behandlung retrobulbärer Erkrankungen. Arch. f. Augenheilk., 47. Bd., 1. H., 1903.
Hertel. E. Ueber Paraffinprothesen in der Orbita. Mit 1 Fig. im Text. v. Gräfe's Arch. f. Ophth., Bd. 55, Heft 2, S. 239.
Lagrange. Rapport sur le diagnostic et le traitement des tumeurs de l'orbite. Paris, G. Steinheil, 1903.
Lindner. Hermann. Zur Kasuistik der temporären Resection der äusseren Orbitalwand nach Krönlein. Diss. Giessen, 1902.
Tertsch. Ein Neurom der Orbita. v. Gräfe's Arch. f. Ophthalm. 55. Bd., 1. Heft, 1902.

7. Méthodes opératoires, instruments; Therapeutique en général.

Barnes. A. C. The methode of using argyrol. Journal of eye, ear and throat diseases. Sept., Okt. 1902.
Haas. Zur Behandlung intraokulärer Eiterungen mit Jodoform. Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges, VI. Jahrg., Nr. 7.
Helbron. Zur Operation des Lagophthalmus. Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. 8, Heft 6, Dezember 1902.
Hoor. Das Jequirity, das Jequiritol und Jequiritolserum. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde, V. Band, Heft 3-4.
Huss. Ueber den Einfluss des Wasserstoffsuperoxyd (Merck) auf das Auge und dessen Verwendbarkeit in der Augentherapie. Schluss. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., II. Bd., Dezember 1902.
Kubli. Ichthargan bei einigen Augenerkrankungen. Westnik ophthalm. 1903, H. 1, pag. 46 (russ.).
Kuhnt. Ueber intraokulare Desinfection. Deutsche medic. Wochenschrift 1902, Vereinsbeilage, Nr. 50, S. 361.
Morgano. Paolo. Il vasogene jodato in alcune forme di congiunctivite. Bolletino d'oculistica, Januar 1903.
Motais. La méthode opératoire du ptosis par la suppléance du M. droit supérieur. Germain et G. Grassin, Angers 1903.
Mohr. Ueber ein verbessertes Tropfglas zur Sterilisierung von Augenflüssigkeiten. Münchener medic. Wochenschr. 1903, Nr. 17.
Müller. Das künstliche Auge. Leipzig 1902, Oskar Leiner.
Nieden. Ueber das Nebennierenextrakt. Deutsche medic. Wochenschrift 1902, Vereinsbeilage Nr. 48, S. 345-346.
Ohlemann. Methylalkohol und Furfurol. Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges, VI. Jahrg., Nr. 8 u. 9.
Ohlemann. Noch einmal Furfurol. Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges, VI. Jahrg., Nr. 13.
v. Reuss. August. Die Anwendung der Elektrizität bei Augenentzündungen. Allegemeine Wiener medicinische Zeitung.
v. Siklossy. Beiträge zur Chirurgie der Lider. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1. Bd., Januar 1903.
Valenti Nuovo irrigatore del fornice conjunctivale superiore. La Clinica Oculistica, Dezember 1902.
Wessely. Experimenelles über subconjunctivale Injectionen. Deutsche medicin. Wochenschrift 1903, Nr. 7 u. 8.

(A suivre.)

YEUX ARTIFICIELS

La première et meilleur marché des fabriques de la Thuringe.

Grands égards pour MM. les Docteurs

ASSORTIMENT D'INSTRUMENTS DE CHIRURGIE EN VERRE, THERMOMÈTRES, ETC.

plus forte
portation
us les pays
OGUE GRATIS

AM. MULLER HIPPER
Fabricant à Lauscha, Thuringe.

Optique Médicale
GEOFFROY
Opticien fabricant breveté
Fournisseur des Cliniques et Hôpitaux de Paris
44, RUE DE LA CHAUSSÉE-D'ANTIN, 44, PARIS.

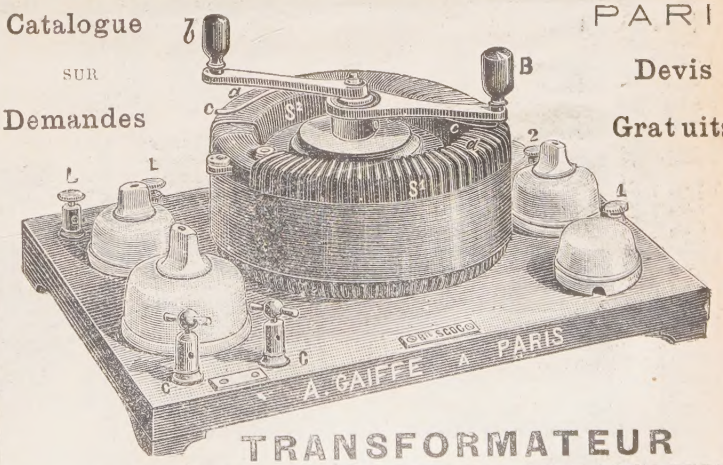
roduits J.-M. BRUNOT, pharmacien,
NT-MÉDARD-EN-JALLE - BORDEAUX (Gironde).

au phosphate de soude
sphate de soude granulé
sphate de soude injec-
ble
r ou Gaïacol bromo-
rmé

BRUNOT

DÉPOTS
RIS : A. BRUNOT, 10, rue de Chaillot.
RID { Guillermo GARCIA, Capellanes, 1 Duhdo
Martin VÉLASCO, Calle Mayor, 18.
Détail dans toutes les Pharmacies.

ÉLECTRICITE MEDICALE
G. CAIFFE, 40, RUE ST ANDRÉ-DES-ARTS
PARIS
Catalogue SUR Demandes
Devis Gratuits



TRANSFORMATEUR
Pour CAUTÈRE et ÉCLAIRAGE ENDOSCOPIQUE

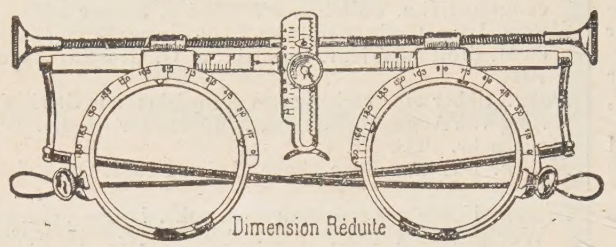
CONGESTIONS, DILATATIONS, INFLAMMATIONS VEINEUSES
2 à 3 cuillerées à soupe par jour.
HAMAMELINE ROYA
P. Incipe ACTIF aromatique de l'HAMAMELIS VIRGINICA
1er LACHARTRE
19, R. Mathurins, PARIS
HEMORRAGIES-PHLEBITES-VARICES-HEMORROIDES

CHLOROFORME DUMOUTHIERS
Préparé spécialement pour l'*Anesthésie*, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.
Dépôt : PHARMACIE BORNET, 19, Rue de Bourgogne, PARIS.

ANÉMIE **LA BOURBOULE** FIÈVRES
MALADIES DE LA PEAU VOIES RESPIRATOIRES

C. MIENNE, opticien-fabricant,
FOURNISSEUR DES CLINIQUES
106, Boulevard Saint-Germain,
en face la Faculté de Médecine, PARIS

Pince-nez correcteurs en tous genres pour l'astigmatisme.



Boîtes de verres complètes pour Messieurs les oculistes

LUNETTES D'ESSAI
PERMETTANT D'OBTENIR INSTANTANÉMENT L'ÉCARTEMENT PUPILLAIRE,
LA HAUTEUR ET LA SAILLIE DU NEZ

LUNETTES PONT-SELLES (modèle du Dr Moissonnier, de Tours), de toutes grandeurs, livrées de suite.

SUPÉRIORITÉ INCONTESTABLE Sur l'Huile de Foie de Morue EFFICACITÉ CERTAINE GOUT AGRÉABLE PAS D'ODEUR

APPROBATION DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
SIROP ET VIN DE DESPINOY
à l'EXTRAIT PUR de FOIE de MORUE, simple, ferrugineux et créosoté

ANÉMIE CHLOROSE LYMPHATISME SCROFULE RACHITISME DÉBILITÉ CONVALESCENCES ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES ETC. ETC.

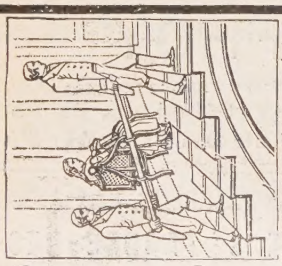
DEPOT GÉNÉRAL: 3, rue Turgot, PARIS (9e)
ÉCHANTILLONS GRATIS A MESSIEURS LES MÉDECINS

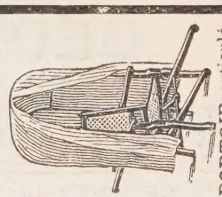
RÉNINE
SOURCE CÉSAR
EAU MÉDICINALE
EAU NITRÉE D'ALSACE
Autorisation de l'Etat

DÉPOT GÉNÉRAL
29, Rue des Vinaigriers, 29
PARIS

LA RÉNINE
est d'une efficacité remarquable dans
les Hydropisies
les Affections du cœur et du péricarde
la première période
du Rhumatisme articulaire aigu
les Inflammations de l'appareil génito-urinaire
les Maladies laiteuses
les Affections goutteuses
les Maladies des Reins
les Troubles gastriques
les Affections intestinales
la Gravelle
la Migraine, etc., etc.
Ses propriétés laxatives en font l'adjuvant très utile d'un grand nombre de traitements

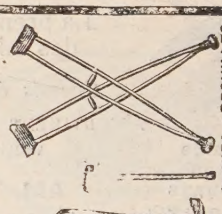
LITS, FAUTEUILS, VOITURES & APPAREILS MÉCANIQUES
Pour Malades et Blessés
DUPONT
FABRICANT BREVETÉ S.G.D.G.
FOURNISSEUR DES HOPITAUX
à PARIS
10, Rue Hautefeuille, 10
PRÈS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
Les plus hautes Récompenses aux Expositions Françaises et Étrangères.

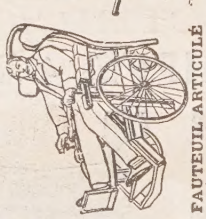

PORTOIR à pivots mobiles. Equilibre toujours maintenu.

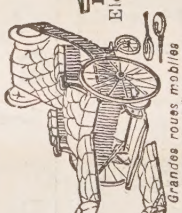

PORTOIR articulé. Banne mobile.

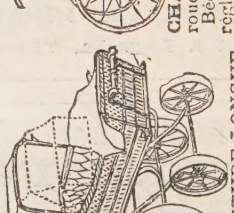
DOSSIER garni. Elevation graduelle.

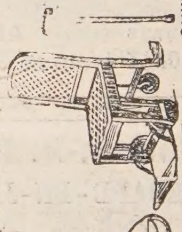
CHARIOT à grandes roues caoutchoutées. Béquilles de hauteur réglable, métal nickelé.

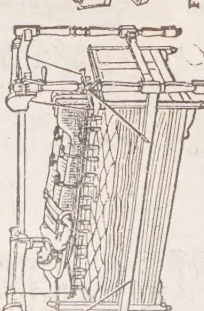

CANNES et BEQUILLES avec sabots caoutchoutés.

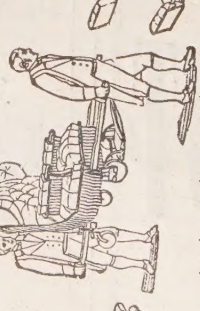

FAUTEUIL ARTICULÉ à grandes roues. Mû par 2 manivelles. Porte-jambes divisé.


Grandes roues mobiles pour le dehors.

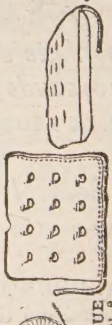

VOITURE LONGUE. Pour très larges. Tablier. Tablette mobile sur pivots.


CHAISE à roues et porte-pieds.


LIT MÉCANIQUE avec gouttière, pour fracture ou coxalgie.


Avec brancards pour porter AUTOMOTEUR A TROIS USAGES

VOITURE LONGUE. Brancards à coulisses. Caisse se séparant des train de roues.

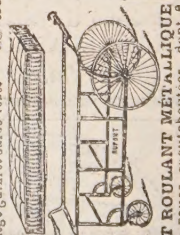

De profil. MATELAS A EAU De face.

FAUTEUIL-VOITURE, roues caoutchoutées, monté sur ressorts, avec capote.

AUTOMOTEUR Inclinaison graduelle Bras mobiles. Porte-jambes divisé.

Roues simples pour appartements. AUTOMOTEUR

CONFORTABLE Canné VOITURE LONGUE à coulisses. Roues simples. Siège garni et tablette-robe.


LIT ROULANT MÉTALLIQUE 4 roues caoutchoutées, dont 2 pivotantes. Matelas crin pur et laine, indépendant.

Sur demande, envoi franco du Catalogue illustré avec prix contenant 423 figures.
TÉLÉPHONE 127-84

Gérant : R. JOCQS. Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, 3, place Saint-André.

SOMMAIRE

I. — **Travaux originaux.**

Dr Darier : Radium et Rayons X. — Action du radium sur les tissus humains. — Accidents cutanés. Escharres à rechutes. — Alopécie et canitie. — Pigmentation et dépigmentation. — Action des rayons X et du radium sur l'œil. — Fluorescence des milieux. — Blépharites, kératites et rétinites par rayons X et radium. — Excitation des centres visuels. — Rééducation des aveugles par les procédés des Drs London et Heller..... 67

Dr Ch. Abadie : Traitement du glaucome et de ses diverses variétés..... 70

Dr A. Rochon-Duvigneaud : Pseudo-glaucome prodromique..... 73

II. — **Sociétés savantes.**

Société d'ophtalmologie de Paris.

M. Vacher : Note sur l'emploi de l'huile grise en massage des conjonctives pour remplacer les injections sous-conjonctivales..... 74

M. Parinaud : Sur l'opération du ptosis..... 75

M. Chevallereau : Volumineux corps étranger de la chambre antérieure..... 76

M. Kalt : Glaucome chronique traité par la résection du ganglion cervical supérieur et la cure de déchloruration..... 77

M. Morax : Epithélioma sclérosant de la paupière inférieure droite. Résection de totalité de la paupière et autoplastie par glissement..... 78

M. Antonelli : Infiltration de la cornée et mydriase persistante attribuables à l'adrénaline..... 78

Académie de Médecine

Dr A. Darier : Action analgésiante et névrosthénique du radium à doses infinitésimales et inoffensives..... 78

III. — **Société de médecine de Halle.**

Schmidt-Rimpler : méthode de Krœnlein pour une tumeur de nerf optique..... 79

IV. — **Revue physiologique**

Le mécanisme de l'accommodation..... 80

V. — **Revue des Livres**

Hamburger : Ionisation et pression osmotique ; méthodes physicochimiques appliquées à la physiologie et à la pathologie du sang..... 82

Comptes rendus de la Société d'Ophtalmologie de Heidelberg..... 83

Léopold Muller : Décollement rétinien..... 83

Syphilome du corps ciliaire..... 84

VI. — **Bibliographie**

Babinski : Méningite hémorrhagique fibrineuse ; paraplégie spasmodique. Ponctions lombaires : traitement mercuriel. Guérison..... 85

Jappeiner und Jesionek : Essais thérapeutiques avec les substances fluorescentes..... 86

VII. — **Bibliographie**

PROTARGOL

…binaison de protéine d'argent

Antiseptique chirurgical

Anti-blennorrhagique

…ue sûrement et rapidement les

GONOCOQUES

Ne cause AUCUNE IRRITATION

Résultats remarquables dans les **Affections de la Conjonctive**

ASPIRINE

Nouveau succédané du salicylate de soude

TRAVERSE L'ESTOMAC SANS SE DÉCOMPOSER

Exempt de tous effets secondaires désagréables

ACTION CALMANTE REMARQUABLE

Indications : Affections oculaires rhumatismales, goutte, sciatique, pleurésie, etc.

DOSES : 1 gramme trois à quatre fois par jour en cachets, ou dans un peu d'eau sucrée.

…OMATOSE

…CONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Extrait de viande

…enant 88 0/0 *D'ALBUMOSES*

…ule préparation d'albumoses

…t bon goût, toujours bien tolérée et entièrement assimilable

Anémie
Convalescence
Débilité, Phtisie
Tuberculose
Affections de l'estomac, etc.

Dose : 10 à 12 gr. par jour en 3 ou 4 fois Dissoute dans l'eau, lait, bouillon, etc.

SALOPHENE

Rhumatisme articulaire AIGU. — GRIPPE. — SCIATIQUE. — CHORÉE, etc.

4 à 6 grammes par jour (en cachets)

Toxique à aucune dose.

Antialgique de premier ordre.
Jamais d'effets secondaires.
Supérieur au salicylate de soude.

Action sûre et rapide dans les

Migraines et Névralgies

(1 à 2 grammes)

TOUS CES PRODUITS SONT EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

…ÉD. **BAYER et Cie**, 23, rue d'Enghien. — paris. — Echantillons gratuits à MM. les Docteurs.

SÉRUM JABOIN

Ampoules scellées à la lampe de 50, 100, 250 et 500 cent. cubes.

ASEPTIQUES, COMMODES, INDOLORES

Ampoules Hypodermiques Jaboin

A TOUS MÉDICAMENTS

(Cacodylate, Quinine, Morphine, Méthylarsinate, Huile grise, etc.)

Pharmacie JABOIN, 27, rue Miromesnil, PARIS

Envoi d'Echantillons sur demande à MM. les Médecins

Adoptée dans les Hôpitaux de Paris et de la Marine

PEPTONE CATILLON

en POUDRE, représente 10 fois son poids de viande Pure, inaltérable, agréable dans un grog ou du lait.

Aliment des Malades qui ne peuvent digérer.

Remplace la viande crue, …nère le régime lacté.

Vin de Peptone Catillon

30 gr. viande et 0,40 phosphates par verre à madère.

Rétablit les Forces, Appétit, Digestions.

…TION LOUIS DEQUEANT Contre le Sebumbacille, Madarosis, Calvitie, Pelade, Teigne, Seborrhée, Acné, etc.

En vente chez les Pharmaciens seulement

Sebumbacille, microbe de la calvitie vulgaire, a été découvert par M. **Louis DEQUEANT**, pharmacien, 38, rue de Clignancourt, Paris. (Mémoires …s à l'Académie de Médecine, 23 mars 1897, 8 mai 1898.) L'extrait de ces Mémoires est adressé gr…ieusement à tous les médecins qui lui en feront la

PILULES DE BLANCARD à l'Iodure de F inaltérable.

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les **Pilules de Blancard** conviennent spécialement dans les affections que détermine la **Cachexie scrofuleuse** (*tum engorgements ganglionnaires, humeurs froides*, etc.) contre lesquelles les simples ferrugineux sont impuissants; dans la **Chlor** la **Leucorrhée**, l'**Aménorrhée**. — Suivant le Professeur Bouchardat, l'iodure de fer est doué d'une efficacité véritable merveilleuse contre les terribles accidents de la **Syphilis constitutionnelle** (*ulcères, exostoses*, etc.)

Ces Pilules rendent aussi de grands services dans le traitement du **Goître**, des **Tumeurs blanches**, du **Rachitism** l'**Anémie**. — Enfin elles modifient rapidement les constitutions **lymphatiques, faibles** ou **débilitées**.

SIROP DE BLANCARD à l'Iodure de Fer inaltérable.

DOSE : Pilules, 2 à 6 par jour. — *Sirop*, 1 à 3 cuillerées par jour. — **BLANCARD & Cie**, 40, Rue Bonaparte, PA

Tous les inconvénients de l'Iodure de Potassium

supprimés par les

Capsules du Docteur Ailaine

à l'Iodure de Potassium pur

AVANTAGES :

Plus de Pyrosis — Dissolution dans l'estomac — Tolérance parfaite
Plus de dégoût — Inaltérabilité absolue — Prix modéré.

Le flacon de 30 capsules dosées à 0,25 Cg. d'Ik : 4 fr. 50.

AVIS IMPORTANT. — Nous prions MM. les Docteurs de bien vouloir prescrire et exiger "**Capsules du Docteur Ailaine**" et aussi de nous demander échantillons, littérature et renseignements qui leur permettront d'apprécier les avantages réels que nous indiquons.

Concessionnaire : **Léon DIEU**, 34, RUE LAFAYETTE, PARIS.

CURATINE — MARQUE — Brunetry — DÉPOSÉE

SPÉCIFIQUE de l'Elément Doule

CURATIN

Puissant Analgésique.

Innocuité absolue.

Action rapi

Efficacité reconnue dans l'**Iritis**, le **Glaucôme**
Névralgies oculaires, rhumatismales ou autres.
Névralgies diverses, **Rhumatisme** aigu, **Lumba**

Echantillons sur demande.

DÉPÔT CÉNÉRAL : Pharmacie BRUNET, 34, Rue Saint-Paul, PARIS

Pour éviter toute substitution, MM. les Médecins doivent exiger que chaque cachet de **CURATINE** soit délivré dans une boîte en carton por en relief la marque ci-dessus, comme garantie.

Chaque cachet contient un gramme de CURATINE.

DOSES : Un à cinq cachets par jour.

IODALOSE GALBRU

SOLUTION CONCENTRÉE ET TITRÉE DE PEPTONIODE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE

Combinaison complète et stable de l'Iode avec la Pepton

REMPLACE TOUJOURS avec avantage IODE et IODURES sans IODISME

Arthritisme, Goutte, Rhumatisme, Artériosclérose, Angine de Poitrine, Maladies du Cœur et des Va Asthme et Emphysème, Scrofule, Affections glandulaires, Rachitisme, Goître, Fibrome, Syphilis, Ob

Iode physiologique VINGT FOIS PLUS ACTIF que l'Iode des Iodure

Cinq gouttes **IODALOSE**, renfermant un Cgr. Iode physiologique, agissent comme vingt-cinq Cgr.

DOSES MOYENNES : cinq à vingt gouttes pour **Enfants** ; dix à cinquante gouttes pour **Adultes**

Communication au XIII^e^ Congrès International de Médecine, Paris 1900.

Pharmacie GALBRUN, 4, Rue Beaurepaire, PARIS ET TOUTES PHARMACIES

TRAVAUX ORIGINAUX

I

Radium et Rayons X. — Action du radium sur les tissus humains. — Accidents cutanés. Escharres à rechutes. — Alopécie et canitie. — Pigmentation et dépigmentation. — Action des rayons X et du radium sur l'œil. — Fluorescence des milieux. — Blépharites, kératites et rétinites par rayons X et radium. — Excitation des centres visuels. — Rééducation des aveugles par les procédés des Drs London et Heller.

Par le Dr A. Darier

(*Suite.*)

L'analogie de l'action des rayons de Becquerel et des rayons Rœntgen sur la peau a été révélée aux personnes mêmes qui ont fait la découverte des substances radio-actives.

Walkhoff a pu le premier observer l'action des substances radio-actives sur la peau.

Giesel a fait des expériences sur son propre bras. Il y appliqua, pendant deux heures, une enveloppe de celluloïde renfermant 3 décigrammes de substance active ; il vit apparaître d'abord un peu d'érythème, puis, deux ou trois semaines après, une dermatite avec soulèvement bulleux de la peau et suintement comme dans une brûlure. Trois mois après, la peau, à cet endroit, était déprimée, luisante, parfaitement glabre, hyperpigmentée au pourtour. Nous voyons que l'évolution de cette dermatite ne diffère en rien de celle qui est causée par les rayons Rœntgen. Aussi comme pour les rayons Rœntgen, on a pensé utiliser les substances radio-actives pour le traitement des mêmes dermatoses.

M. Becquerel, se rendant à Londres, avait gardé dans la poche de son gilet, pendant deux heures environ, deux décigrammes de substance radio-active, enfermée dans un tube de verre scellé. Quinze jours plus tard, il vit apparaître sur sa paroi abdominale, en face de la poche du gilet, un érythème qui se fonça peu à peu, puis s'ulcéra lentement ; cette ulcération mit un temps très long à se cicatriser, mais ne fut à aucun moment douloureuse. Au début de la période d'érythème de cette première lésion, une seconde de même nature se produisit, pour la même cause, dans le voisinage de la première.

M. Curie ayant conservé pendant dix heures sur son bras quelques décigrammes de substance radio-active, enfermée dans une enveloppe de gutta-percha, constata de suite un érythème, qui ensuite pâlit, pour reparaître de nouveau et enfin s'ulcérer. La lésion a eu une évolution très longue (quatre mois).

Mme Curie, pour avoir gardé pendant une demi-heure dans sa main une substance radio-active très énergique, scellée dans un tube de verre, contenu lui-même dans une boîte métallique, vit apparaître, quinze jours après, un érythème assez foncé, puis une grosse ampoule blanche pleine de sérosité.

M. Oudin, qui a eu l'occasion de voir ces actinodermites, a constaté leur analogie parfaite avec les radiodermites.

M. Bohn a observé sur lui-même qu'après une application sur la peau d'un tube de radium excessivement actif, il apparaît presque immédiatement une rougeur qui persiste un certain temps et qui est probablement due à un trouble vaso-moteur. La sensibilité tactile semble diminuée. Six semaines après des troubles plus profonds se produisirent : boursouflure de l'épiderme, exfoliation ; fin juillet, mêmes phénomènes ; fin octobre de même, mais cette fois il se forme une plaie qui simule une brûlure.

D'autres applications déterminèrent seulement des poussées pigmentaires ; sur un nœvus le pigment, détruit sur place, tend 6 mois après à se reproduire.

En résumé l'action du radium sur les téguments est multiple. Les rayons agissent : 1° sur les filaments nerveux périphériques, ils produisent une sorte d'anesthésie qui peut entraîner chez les êtres et les organes aux fonctions extériorisées un état de fatigue de paralysie souvent suivi de mort ; chez les vertébrés l'action porte surtout sur le système vaso-moteur qui serait la cause des altérations nerveuses consécutives ; 2° ils modifient d'une façon durable les cellules épithéliales surtout celles qui sont jeunes et en voie de croissance ; 3° ils agissent sur la pigmentation ; 4° ils agissent sur les lécythines qui sont contenues dans toutes cellules en voie de croissance et dans les cellules nerveuses.

Ici, comme en face des rayons de Rœntgen,

VALERIANATE PIERLOT
PUISSANT ANTISPASMODIQUE
neurasthénie, spasme de l'accommodation, tic de la face et des paupières, névroses, etc.
LANCELOT ✻ et Cie, pharmaciens, 26, rue Saint-Claude, PARIS

es différentes régions du corps réagissent de façon différente.

On observe aussi les mêmes différences de réaction sur la peau saine et la peau malade. Par exemple, M. Curie, après application sur la peau du bras d'un élément d'une intensité de 200,000 uranies pendant six minutes, n'a eu de réaction qu'au bout de cinquante jours, tandis qu'un élément d'une intensité de 19,000 uranies, appliqué pendant quatre jours sur une surface lupique, a donné une ulcération dès la levée de la plaque (observation de Blandamour).

Le point délicat est que les substances qu'on livre n'ont pas les mêmes pouvoirs, et les résultats obtenus avec un échantillon ne prouvent rien ou peu s'en faut pour un autre d'intensité différente.

Mais, en appliquant les méthodes de mesure exactes qu'on possède maintenant, on pourra limiter exactement la dose et on aura un agent facile et commode à manier.

Nous avons vu en effet que le radium pur peut être considéré comme 1,800,000 fois plus actif que l'uranium. Les intensités couramment employées dans les expériences sur les animaux ne sont guère que de 3 à 500,000 uranies, on achète ces produits ainsi étiquetés à la fabrique. Ceux que nous avons personnellement employés avaient tous été dosés au laboratoire de M. Curie.

En ce moment on est en train de pratiquer un nouveau mode de dosage pour les recherches sur l'homme, en fixant le nombre d'heures pendant lequel la préparation radio-active peut rester en contact avec la peau sans provoquer de brûlures. Il sera ainsi facile de doser la durée et le nombre des applications.

Influence des nouvelles radiations sur l'œil.

Nous étudierons un peu plus en détail l'influence des nouvelles radiations sur l'œil et ses annexes.

On a quelquefois observé des blépharites et des conjonctivites aiguës causées par les rayons de Roentgen.

Ces lésions ne diffèrent des radiodermites ordinaires que par leur siège. Chute des cils, rougeur du rebord palpébral, larmoiement ; c'est sous cet aspect qu'elles se sont produites, sans jamais d'ailleurs intéresser plus sérieusement le globe de l'œil.

Scholtz éclaira chez un lapin l'œil largement ouvert pendant dix jours consécutifs, quinze minutes chaque jour, à quinze centimètres de distance. Au bout de quatre à cinq semaines, la peau environnante se nécrosa complètement, l'œil eut une légère conjonctivite, mais ne présenta pas de lésions des milieux transparents ni de la rétine.

Chalupecky fit la même expérience avec une exposition plus longue (vingt-quatre heures). Il obtint la nécrose des tissus environnant l'œil, une conjonctivite et une kératite, se manifestant par un épaississement inégal de la cornée et par des fausses membranes.

Wild a eu un cas, où un emploi immodéré des rayons X provoqua une panophtalmie, qui nécessita l'énucléation du bulbe de l'œil.

Bardet affirme que toutes les personnes qui se trouvent dans le champ d'action d'une ampoule en marche reçoivent une impression lumineuse ; seulement, pour que l'expérience soit favorable, la chambre doit être complètement sombre et ne doit pas être peinte en couleurs parce que beaucoup d'entre elles deviennent fluorescentes quand elles sont frappées par les rayons X.

Bardet observa qu'un œil placé à quelques centimètres de distance d'une ampoule en marche, recouverte préalablement de papier noir, recevait une sensation lumineuse, pareille à celle qu'on a, quand on fait mouvoir une bougie devant les yeux fermés. Si on éloignait l'appareil, la sensation lumineuse cessait, de même quand on interposait entre l'ampoule et l'œil un écran en fer, cuivre ou plomb. Un écran en verre diminuait peu cette sensation, un écran en aluminium ne la diminuait pas du tout. Si on tournait l'ampoule de manière que le miroir regardât du côté opposé à l'œil, l'impression lumineuse cessait complètement, ce qui plaide contre l'action, sur l'œil, de décharges électriques.

Tandis que Bardet affirme la sensibilité de la rétine aux rayons X, Fuchs, Kreidls et Gatt ont fait des expériences qui les ont amenés à des conclusions contraires.

Ils trouvent que les rayons X ne pâlissent pas le pourpre rétinien et n'agissent aucunement sur cet écran fluorescent que nous avons au fond de l'œil.

La régénération et la destruction du pourpre seraient en dehors de leur action.

Giesel le premier a étudié l'action des substances radioactives sur les yeux.

D'après lui, si on se sert pour les expériences d'un sel radifère enveloppé dans un papier opaque et qu'on le rapproche d'un œil reposé complètement fermé, la chambre étant obscure, l'observateur percevrait une impression lumineuse intense. Cette sensation est plus forte quand l'enveloppe touche la paupière ; on l'éprouve encore si on interpose une main entre la paupière et l'enveloppe, ou bien si on l'applique contre la tempe.

D'après Giesel, ce phénomène est dû à l'action des rayons de radium sur les milieux de l'œil qui deviennent fluorescents et agissent comme une source de lumière diffuse.

Himstedt et W.-A. Nagel ont fait les mêmes expériences et les ont interprétées de la même manière.

Le 3 juillet 1903, M. Curie a apporté à la Société de physique 5 décigrammes de radium dans un épais tube de verre entouré d'une enveloppe de plomb de 6 millimètres d'épaisseur. A travers le plomb et les deux mains, appliquées sur les paupières fermées, le radium produisait une très vive sensation de lumière. Toutes les personnes présentes sans exception l'ont éprouvée.

L'action des rayons de Becquerel sur l'œil a été aussi étudiée par Hauffmann, qui soumit tous les jours, pendant 10 minutes, la cornée d'un lapin à l'action du radium, du 4 juillet au 24 août, sans observer la moindre lésion de la cornée ni du cristallin, la rétine seule rougit ultérieurement. La réaction pupillaire resta toujours normale.

Il résulte de ces expériences que les rayons de Rœntgen et de Becquerel ont le pouvoir d'impressionner la rétine et que ce pouvoir est plus fort pour ces derniers.

Le Dr London a fait à l'Institut de médecine expérimentale de Saint-Pétersbourg une longue série de recherches dont il vient de publier les résultats dans le *Graefe's Archiv für Ophtalmologie*. Elles ne nous apprennent pas grand chose de nouveau si ce n'est que London est persuadé que, avec une quantité suffisante de radium pur (0,07 environ) on peut exciter directement les centres visuels et provoquer une sensation lumineuse très nette mais non localisée ; le patient semble se trouver dans un espace lumineux. Pour cela il applique le tube de radium sur le crâne à 3 ou 4 centimètres plus haut que l'oreille et 4 à 5 centimètres en arrière, point qui correspond à peu près aux centres corticaux de la vision.

Mais on sait aussi que le radium appliqué sur une partie quelconque du crâne provoque cette sensation lumineuse et Giessel a montré que c'était l'œil le plus rapproché du radium qui était le plus illuminé, le plus phosphorescent.

London a montré après Curie, Javal et d'autres que les aveugles qui ont encore la rétine intacte sont sensibles aux rayons de Becquerel.

Sur un œil éviscéré, London n'a pu provoquer aucune réaction lumineuse par le radium. Il en conclut que le nerf optique ne perçoit pas les rayons de Becquerel. Dans l'atrophie complète des nerfs optiques il en est de même ; mais si l'atrophie n'est que partielle les parties encore saines perçoivent une sensation lumineuse très nette, mais localisée à la partie du champ visuel conservé. Il en est absolument de même dans le décollement de la rétine. Il faut donc une intégrité relative des bâtonnets pour que soit transmise aux centres la perception des rayons de Becquerel et des rayons lumineux.

Les yeux qui ont perdu la vue par des altérations cornéennes sans complications glaucomateuses capables d'anéantir les fonctions rétiniennes, et qui par conséquent conservent une bonne projection lumineuse, pourraient être rééduqués par les rayons de Becquerel.

Voici comment London procède :

Devant un écran au platino-barium activé par du radium, il place des figures découpées qui projettent leur silhouette sur la rétine.

Les patients placés dans une chambre obscure distinguent d'abord une surface lumineuse diffuse et informe, puis ils finissent par distinguer un trait horizontal ou vertical, puis des combinaisons de traits, puis des courbes et enfin des lettres et des objets à contours tranchés comme une clef, une fourchette, etc., et ces aveugles éprouvent une joie indicible à voir par leurs yeux des formes d'objets qui leur sont familiers par le toucher seulement.

C'est là certes une très grande satisfaction pour ces pauvres aveugles, ce peut être aussi un précieux moyen de rééducation ; mais cela n'apprendra pas aux aveugles à voir et à se conduire à la lumière du jour.

Il faudra encore rendre ces applications

de radium bien sûrement inoffensives ; car, M. London en convient lui-même, le radium de haute puissance appliqué sur l'œil peut provoquer de graves accidents, et il est nécessaire que l'aveugle se rapproche beaucoup de l'écran irradié. Le radium étant placé derrière, il est assez distant de l'œil ; mais la pose pouvant être très longue, il y a lieu d'être prudent.

N'importe, il y a là une très importante source d'études et d'enseignements nouveaux.

Mais il s'agit encore de prouver que les résultats obtenus par London au moyen de son écran rendu lumineux par le radium sont supérieurs à ceux obtenus deux ans auparavant par Heller de Vienne, qui faisait voir sur un écran lumineux ordinaire des images découpées en silhouettes, ce dernier procédé a l'avantage de la simplicité du bon marché et de la priorité. Heller, plaçait son sujet dans une chambre obscure, puis il ouvrait une brèche lumineuse ; l'enfant se rendait compte des changements de couleur de la lumière qu'il apprend à nommer : rouge, bleue, etc. Il apprend bientôt à distinguer des formes découpées, puis des lettres et des chiffres et enfin ces exercices sont continués à la lumière du jour. Heller ne parle, il est vrai, que d'un seul cas : amblyopie très marquée, pour ne pas dire cécité, par atrophie rétinienne pigmentaire avec nystagmus très marqué.

Dans notre prochain article, nous aborderons l'action thérapeutique du radium.

(*A suivre.*)

II

Traitement du glaucome et de ses diverses variétés ;

Par le Dr Ch. Abadie.

A la séance du 2 février 1904 de la Société d'ophtalmologie de Paris, M. Kalt ayant fait une communication sur un cas particulier de glaucome traité par la sympathectomie et la déchloruration. J'ai été heureux d'en profiter pour exposer à nouveau quelques points importants du traitement du glaucome. J'ai déjà abordé plusieurs fois ce sujet, mais la lecture d'un travail publié récemment (1) et dont je parlerai tout à l'heure, m'a fortifié dans cette opinion que la question avait besoin d'être reprise à nouveau.

La thérapeutique du glaucome est aujourd'hui dans ses grandes lignes nettement déterminée, elle est presque toujours efficace quand elle est bien appliquée. Néanmoins, nous assistons tous les jours à des désastres qui auraient été évités si, au lieu de nous lancer dans le nouveau et l'inconnu, nous appliquions des méthodes de traitement qui ont fait leurs preuves, mais qui demandent à être maniées avec discernement.

Toute médaille a son revers, tout progrès thérapeutique a le sien aussi. La découverte des propriétés anti glaucomateuses des myotiques a été un grand bienfait, elle a permis de conserver bien longtemps la vue à des gens, qui, sans cela, seraient devenus aveugles, mais par contre (et le danger augmente de jour en jour), elle a conduit à la cécité bien des gens en les empêchant d'être iridectomisés.

L'emploi continu, indéfini, des myotiques, il faut le crier bien haut, car il y a beaucoup de sourds qui ne veulent l'entendre, n'est indiqué comme moyen thérapeutique utile que dans le glaucome chronique simple. — Dans toutes les autres formes de glaucome, et ce sont les plus nombreuses, ce n'est qu'un palliatif temporaire qui a l'énorme inconvénient de donner une accalmie trompeuse et d'empêcher ou de retarder l'iridectomie qui est alors le moyen curatif par excellence.

Ce qu'il ne faut cesser de dire, de répéter, c'est que les myotiques : éserine ou pilocarpine n'ont qu'une action insignifiante dans toutes les formes de glaucome qui sont justiciables de l'iridectomie — et celles-ci sont de beaucoup les plus nombreuses et les plus fréquentes.

Dans cette catégorie, nous trouvons d'abord : les glaucomes aigus, inflammatoires, avec hypertension manifeste, troubles cornéens, etc.

Mais nous pouvons y joindre toutes les autres formes, où la maladie procède par crises, par intermittences, avec périodes de rémission complète. Ces crises elles-mêmes peuvent se présenter tantôt sous forme de douleurs plus ou moins intenses, tantôt sous forme d'obnubilations passagères, ou d'arcs-en-ciel autour des flammes. Toutes ces variétés de glaucome, je ne saurais trop le répéter, guérissent com-

(1) Essai de traitement du glaucome par les substances osmotiques. (*Archives d'Ophtalmologie*, janvier 1904).

plètement et définitivement par l'iridectomie. — Dès lors, pourquoi les traiter par les myotiques ? — Si encore ces derniers réussissaient, sinon à guérir, tout au moins à rendre extrêmement lente la marche progressive de la maladie, mais il n'en est rien. J'en avais déjà la conviction, j'en ai la preuve par les nombreuses observations publiées dans l'article auquel je viens de faire allusion. Elles montrent qu'un nombre important de malades chez lesquels le glaucome avait débuté simplement par des arcs-en-ciel, et qui ont été soignés de divers côtés, uniquement par des myotiques au lieu de l'iridectomie, ont fini par perdre la vue.

Il n'y a, en somme, qu'une variété de glaucome dans laquelle l'action des myotiques soit réellement indiquée. C'est le glaucome chronique simple *dans sa forme la plus pure*. C'est à-dire celle dont le début est insidieux, l'évolution très lentement progressive, sans aucun phénomène objectif qui attire l'attention du malade et du médecin. Aussi bien souvent cette variété est-elle confondue avec l'atrophie progressive des nerfs optiques dont elle a toutes les allures, mais dont elle se différencie à une période assez avancée par une excavation caractéristique de la papille.

Dans le glaucome chronique simple pur, la tension intra-oculaire est à peine surélevée, et reste en général ainsi jusqu'à la fin de la maladie, jusqu'à la désorganisation lente du nerf optique, jusqu'à la cécité. Dans toutes les autres formes de glaucome au contraire, la tension intra-oculaire est manifestement surlevée dès le début ou finit toujours par le devenir. C'est précisément ce degré plus ou moins élevé d'hypertension qui explique l'action bienfaisante des moytiques dans le glaucome chronique simple et son insuffisance dans les autres variétés.

Les myotiques ne peuvent réduire que dans une faible mesure la tension intra-oculaire et cela suffit quand elle n'est pas élevée. Alors 2 gouttes de pilocarpine instillées toutes les douze heures (car l'action hypotensive de la pilocarpine est épuisée après 12 heures) contrebalancent la légère hypertension du glaucome chronique simple et cela presque indéfiniment, L'action des myotiques en pareil cas, est d'autant plus précieuse que l'iridectomie, si efficace dans les autres variétés de glaucome, a une action à peu près nulle dans celle-ci.

Mais cette action hypotensive des myotiques devient au contraire notoirement insuffisante quand la tension intra-oculaire est notablement surélevée.

Nous voyons donc le préjudice qu'on cause aux malades en voulant substituer à l'iridectomie l'emploi plus commode des myotiques qui ne donne qu'une réussite pasagère, qu'une sécurité trompeuse. Pourquoi donc hésite-t-on à pratiquer l'iridectomie ! Nous reconnaissons que souvent dans le glaucome aigu, subaigu, avec hypertension élevée, effacement de la chambre intérieure, cette opération est délicate, mais est-ce une raison pour reculer devant ces difficultés quand elles doivent procurer un si grand avantage aux malades ?

Dans toutes les formes aiguës, dites inflammatoires, il est nécessaire d'employer le chloroforme qui doit être poussé jusqu'à l'anesthésie profonde, jusqu'à ce que le malade soit en résolution complète.

On aura soin aussi d'instiller au préalable des myotiques pour abaisser la tension intra-oculaire. La chambre antérieure est dans ces cas peu profonde et je reconnais qu'il faut du sang-froid, du coup d'œil et une certaine habileté pour bien glisser le couteau entre l'iris et la cornée, quelquefois même on rencontre avec la pointe du couteau l'iris projeté en avant, mais il ne faut pas se laisser arrêter par ce petit incident. On continue à pousser le couteau jusqu'à la contre-ponction, et on achève ensuite tranquillement la section cornéenne.

Au cours de la discussion provoquée par la communication de M. Kalt, M. Valude m'a cité un malade de sa clientèle qui depuis deux ans voyait par instant des arcs-en-ciel autour des flammes, qu'il traitait néanmoins par la pilocarpine, ce dont il se trouvait fort bien. C'est possible, mais qu'est-ce que cela prouve ? Qui nous dit qu'à la longue l'acuité visuelle ne baissera pas chez lui ? Que sera son acuité visuelle dans dix ans !

Dans le travail auquel je viens de faire allusion il est précisément fait mention de malades dont le début du glaucome sous forme d'arcs-en-ciel colorés remontait *à 10 ans*, qui ont été soumis aux myotiques et dont

la vue a décliné au point de les mettre à deux doigts de la cécité.

Dans le cours de ces formes de glaucome, en effet, tantôt il survient des poussées plus violentes, de véritables crises aiguës et subaiguës à allures rapides et compromettantes ; tantôt, au contraire, le champ visuel se rétrécit insensiblement ne laissant subsister que l'acuité centrale qui faiblit à son tour.

Il ne faut jamais perdre de vue que le glaucome est une maladie à évolution *progressive et destructive* et que le terrain perdu ne se regagne pas.

Dans ces formes à cercles colorés intermittents, y a-t-il au moins une raison sérieuse pour ne pas faire l'iridectomie ? Aucune. Dans l'intervalle des crises, en effet, l'œil est dans des conditions absolument normales. Dès lors l'opération est la même que sur un œil normal et sain. Or l'iridectomie dans ces conditions est-elle difficile et redoutable ? Aucun ophtalmologiste, tant soit peu chirurgien, ne saurait le prétendre.

Où l'iridectomie devient plus scabreuse, plus délicate, plus dangereuse même, je le reconnais, c'est dans les formes aiguës, subaiguës, à hypertension élevée avec chambre antérieure effacée, pupille dilatée, iris réduit dans sa largeur. Ici, oui, les difficultés sont parfois réelles, mais il ne faut pss perdre de vue qu'alors l'iridectomie est forcée, seule vraiment curative, et que plus elle sera retardée, plus la situation s'aggravera et plus son exécution sera malaisée.

Quant à la sclérotomie, il y a déjà longtemps que je l'ai battue en brèche et lui ai dénié toute action curative dans le glaucome. Je crois que mes efforts n'ont pas été vains et qu'elle compte de moins en moins d'adeptes.

J'ai demandé avec instance à ses plus chauds partisans, à ceux qui prétendaient guérir même le glaucome chronique simple par 4,5,6,8, voire même un nombre indéfini de sclérotomies, de nous montrer un seul cas dans lequel la maladie ait été simplement enrayée par la sclérotomie *seule sans adjonction de myotiques*, mais non pas depuis huit ou quinze jours, mais bien depuis un an ou deux. J'attends encore, personne n'en a montré, personne n'a publié d'observations authentiques.

Chez la malade dont M. Kalt a rapporté l'observation, je mets en doute qu'il s'agisse d'un véritable glaucome, et cela pour plusieurs raisons ? Tout d'abord, le vrai glaucome, surtout quand il est aigu ou subaigu, n'est pas aussi capricieux, il n'a pas de variations aussi grandes dans la tension intra-oculaire, elle reste toujours surélevée et ne descend pas à la normale même sous l'influence des myotiques.

En outre, à la suite de la section du sympathique cervical, M. Kalt a observé les phènomènes *physiologiques* habituels, c'est-à-dire l'énophtalmie et un léger ptosis du côté opéré.

Or jamais ces phénomènes ne s'observent quand la sympathectomie est faite dans un vrai glaucome. (ce qui prouve, en passant, que dans ce dernier cas le sympathique cervical n'est plus dans des conditions physiologiques ordinaires).

Il y a encore des maladies de l'oeil mal connues qui, dans le cours de leur évolution, peuvent présenter une hypertension *momentanée* et des phénomènes glaucomateux consécutifs.

Elles peuvent en imposer pour de vrais glaucomes et ne pas en être. Je crois que c'est à un de ces cas que M. Kalt a eu affaire.

L'ablation du ganglion cervical supérieur, que j'ai conseillée le premier, ne doit pas non plus être faite à tort et à travers. Il ne viendra, je suppose, à l'idée de personne de substituer une opération aussi compliquée et aussi importante à la simple iridectomie. C'est pourtant ce que l'on a fait quelquefois et la lecture des observations publiées m'a montré que, précisément dans ces cas justiciables de l'iridectomie, l'ablation du ganglion cervival supérieur ne donne pas de très bons résultats. Où elle semble avoir plus d'avantage, c'est dans le glaucome chronique simple. Là elle a constamment procuré une amélioration immédiate : augmentation de l'acuité visuelle, et du champ visuel. Je reconnais que le plus souvent au bout de quelques mois cette amélioration ne persiste pas et qu'il faut de nouveau recourir aux myotiques.

Il n'en est pas moins vrai que ce résultat immédiat et constant obtenu sans toucher à l'œil lui-même, sans aucune intervention des myotiques, prouve le bien fondé de la vaso-dilatation dans le glaucome.

Cette théorie que j'ai mise en avant, soutenue depuis énergiquement, qu'aucun argu-

ment clinique sérieux n'a pu ébranler reste et restera, j'espère, toujours debout.

En résumé à l'heure actuelle la thérapeutique du glaucome est simple, les indications sont précises.

Dans les formes aiguës, subaiguës, inflammatoires, douloureuses, à tension intra-oculaire élevée, à paroxysmes ou crises, quelles que soient du reste les formes de ces crises, l'iridectomie et pas les myotiques.

Dans le glaucome chronique simple les myotiques, de préférence la pilocarpine, instillations bi-quotidiennes ; solution au centième au minimum et pas d'iridectomie.

Dans les cas où l'iridectomie ou bien l'action des myotiques est en défaut : la section du sympathique cervical.

III

Pseudo-glaucome prodromique,

Par le Dr A. Rochon-Duvigneaud.

Je désigne ainsi le cas d'un malade qui souffrit pendant 7 à 8 ans d'attaques prodromiques binoculaires l'obligeant à l'usage permanent des miotiques, et qui depuis deux années a pu cesser tout traitement sans conserver aucune trace, ni subir aucune récidive d'une affection qui fut si tenace et si menaçante. Si je dis pseudo-glaucome, c'est que je ne crois pas pouvoir identifier au glaucome ordinaire d'évolution si fatale, une maladie qui, à l'instar d'une névrose, a guéri spontanément. Et si c'est réellement aux miotiques qu'elle a finalement cédé, il y a là encore une différence essentielle avec le vrai glaucome sur lequel les miotiques n'ont jamais qu'une action transitoire.

Voici le résumé de l'observation. Il y a 10 ans M.M., alors âgé de 53 ans, commence à souffrir de troubles visuels passagers pour lesquels un oculiste lui conseille des instillations de pilocarpine. Le remède réussit d'abord, mais devient rapidement insuffisant. Consulté à mon tour et le malade me décrivant avec la plus grande netteté les troubles visuels passagers du glaucome prodromique, avec cette seule particularité qu'ils portaient toujours simultanément sur les deux yeux, je prescris la pilocarpine à dose plus forte, soit 2 p. 100. Ce collyre, en instillations biquotidiennes est suffisant pendant 6 mois au bout desquels les attaques reparaissent malgré des instillations réitérées. J'indique alors au malade un collyre mixte (ésérine et pilocarpine). Au bout de 4 à 5 mois il devient à son tour insuffisant. Le patient est obligé d'user d'ésérine pure, d'abord à 1/2 p. 100, puis à 1 et 2 p. 100. De 1894 à 1901, M.M., qui est horloger et travaille avec un verre convexe de 2 dioptries, est obligé, sous peine de voir reparaître à coup sûr les anneaux colorés et le brouillard, d'instiller le matin et à midi le collyre à l'ésérine. Après chaque instillation, à la faveur du spasme accommodatif ésérinique, il peut travailler 3 heures sans lorgnon ; au bout de ce temps, il faut reprendre les verres, mais la vue reste nette pour le reste de la journée. L'action anti-glaucomateuse est donc plus durable que l'action sur le muscle ciliaire.

Le malade a plusieurs fois essayé, le dimanche, de ne pas instiller de collyre, mais le trouble visuel reparaissait alors infailliblement et il s'est résigné à ne plus cesser un seul jour l'usage de l'ésérine.

Les choses sont restées exactement dans le même état de 1894 à 1901, avec ce seul incident que l'irritation conjonctivale produite par l'ésérine obligeait de temps en temps à revenir à la pilocarpine, qui, insuffisante, était à son tour abandonnée dès que l'état de la conjonctive permettait de revenir à l'ésérine. L'ésérine huileuse, quelquefois si utile, fut essayée, mais dans ce cas particulier elle était plus mal supportée que l'aqueuse.

En décembre 1901, après un examen où le fond de l'œil, l'acuité visuelle et le champ visuel furent trouvés absolument normaux, je conseillai au malade de cesser tout collyre et de venir se présenter à la moindre récidive. A son grand étonnement et au mien, les phénomènes prodromiques qui pendant des années s'étaient reproduits avec une régularité désespérante ne reparurent plus. Evidemment, cette guérison ne pouvait dater du jour où j'avais fait cesser les miotiques, elle s'était produite depuis un certain temps et le malade avait, pendant des mois sans doute, fait des instillations inutiles.

Cela ne change rien à la nature du fait, consistant dans la guérison durable, à la suite du seul traitement par les miotiques, d'un glaucome prodromique ayant duré des années. Je viens de revoir le malade (décembre 1903).

Tout est normal chez lui, y compris l'étendue du champ visuel soigneusement vérifiée. Son acuité visuelle est supérieure à la moyenne avec les verres qui corrigent une hypermétropie assez forte ; son accommodation même est plutôt supérieure à celle que comporterait son âge actuel (63 ans) d'après le tableau de Donders.

Si des faits analogues ont été observés, leur publication serait intéressante. En effet, si nous exceptons les cas où les anneaux colorés, la vision trouble, ont eu un caractère tout à fait accidentel et passager, et ne se sont pas reproduite, nous sommes généralement habitués à considérer une évolution progressive du glaucome comme fatale chez les malades qui souffrent d'attaques prodromiques récidivantes. Nous avons du reste la conviction qu'il en est réellement ainsi et que notre cas est une exception. Nous n'admettons pas que ce soit une conduite prudente, dans les glaucomes à poussées successives, que d'instiller des miotiques pendant des années, pour se laisser finalement acculer à une situation dangereuse, c'est-à-dire à un état glaucomateux qui ne se laisse plus dominer par les miotiques et présente d'autre part un mauvais pronostic opératoire parce qu'il a déjà trop duré. Non guéri, mais simplement masqué par les miotiques, le glaucome a miné d'une façon latente la vitalité des tissus de l'œil sur lequel l'iridectomie pourra exercer alors un effet désastreux, déterminer des hémorrhagies profuses ou être suivie d'une atrophie optique, etc.

Et c'est avant tout pour ne pas attribuer aux miotiques une valeur qu'ils n'ont pas, que nous avons appelé pseudo-glaucome prodromique des accidents d'apparence glaucomateuse qu'ils ont guéris, ou dont ils ont tout au moins préparé la guérison spontanée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS.

Séance du 2 février.

M. Vacher (d'Orléans). — **Note sur l'emploi de l'huile grise en massage des conjonctives pour remplacer les injections sous-conjonctivales.** (Publié *in extenso* dans le n° 3.)

M. Valude pour la conservation et l'emploi des différentes pommades, recommande le tube Hermès déjà en usage pour la pommade jaune.

M. Kalt rappelle qu'il a préconisé l'emploi de la pommade jaune en injection contre la dacryocystite. Il y a renoncé à cause des infiltrations possibles de la pommade dans le tissu cellulaire lorsque l'opération était faite par des élèves à la suite d'un cathétérisme plus ou moins réussi.

Comme véhicule, les pommades végétales seraient supérieures si elles ne devenaient pas rapidement rances.

Les collyres huileux sont souvent mal supportés à cause de l'emploi fréquent, par les pharmaciens, d'huile rance.

M. Motais (d'Angers). — Pour avoir une bonne pommade jaune, il faut avoir soin de prescrire l'*oxyde* et non le *précipité*.

M. Jocqs. — Les collyres huileux sont quelquefois mal tolérés, non seulement à cause de la mauvaise qualité de l'excipient, mais parce que certains pharmaciens font dissoudre d'abord les alcaloïdes dans l'alcool ou l'éther qui, n'étant pas ensuite éliminés en totalité, sont une cause d'irritation pour la conjonctive.

M. Wuillomenet fait observer que les alcaloïdes peuvent être dissous directement dans l'huile.

M. A. Darier. — Messieurs, vouloir remplacer les injections sous-conjonctivales par le massage mercuriel est faire un grand pas en arrière. En effet, c'est en 1888 que j'ai, à la suite de M. Abadie, publié mes premiers travaux sur la thérapeutique locale. Je pratiquai alors *larga manu* le massage à la lanoline hydrargyrique avec des succès semblables à ceux relatés par mon ami Vacher. C'est encouragé par les résultats obtenus par l'action locale de mercure, que je tentai d'injecter sous la conjonctive une goutte d'hydrargyre vif, puis des solutions de sublimé. Vous savez l'importance qu'a acquise ce mode d'application des médicaments les plus variés dans les espaces sous-conjonctivaux.

Et c'est aujourd'hui que les intéressants travaux de Pflüger et Mellinger et surtout de Wessely nous ont fait entrevoir leur mode d'action que M. Vacher voudrait remplacer cette thérapeutique énergique et active par une vieille routine, excellente, j'en conviens, mais peu mensurable dans ses effets.

Certes, vous savez si je suis partisan du massage, mais c'est peut-être justement pour cela que je le pratique souvent sans aucune pommade avec des effets parfois aussi remarquables que ceux enregistrés dans le travail de M. Vacher, et cela justement dans des cas où l'œil a été fatigué par un trop grand nombre ou de trop fortes injections sous-conjonctivales.

L'huile grise que préconise M. Vacher a la plus grande analogie avec la lanoline hydragyrique que j'emploie et qui contient aussi un peu d'axonge et de vaseline liquide. Je suis heureux de le voir ainsi confirmer des recherches déjà vieilles, mais bien intéressantes. Sa seringue, je l'admire, mais j'obtiens le même effet avec les ampoules molles de Chaumel desquelles on fait sortir un petit boudin de lanoline hydrargyrique bien pure et bien aseptique.

M. Parinaud. **Sur l'opération du ptosis** (*Présentation de malade*).

L'auteur présente une fillette opérée de ptosis congénital par son procédé de suture du muscle droit supérieur au cartilage tarse et décrit quelques modifications de l'opération.

Au lieu de faire une simple incision au niveau du bord supérieur du tarse pour passer les fils, M. Parinaud excise une portion du cartilage, ce qui permet de diminuer la hauteur.

De plus, au lieu de faire cheminer les fils assez loin sous la peau de la paupière avant de la transpercer avec des aiguilles pour la suture, il les fait sortir plus tôt. Cependant il reconnaît que, dans certains cas, pour augmenter le relèvement, il serait avantageux de les faire sortir plus bas vers le bord libre.

M. Parinaud ne croit pas nécessaire de prendre une languette du tendon comme dans le procédé de M. Motais. Il suffit d'obtenir l'adhérence du muscle au cartilage.

M. Chevallereau. — En examinant l'enfant opéré par M. Parinaud on voit bien la paupière se relever dans le regard en haut ; mais quand le malade regarde devant lui dans la position normale du regard et où le ptosis, en somme, est le plus disgracieux, la paupière supérieure est encore trop tombante.

M. Valude. — J'ai opéré avec succès un jeune enfant par le procédé de M. Parinaud et je n'ai pas éprouvé la difficulté dont parle M. Parinaud de découvrir et de saisir le muscle. Ce procédé est d'une exécution facile.

M. Terrien. — Dans un cas opéré par cette méthode, j'ai dû enlever les fils au bout de 48 heures parce que la paupière retenue au globe oculaire ne pouvait plus s'abaisser et recouvrir la cornée. Je crains que cet inconvénient ne soit un écueil de cette opération.

M. Morax. — J'ai eu l'occasion de mettre à exécution les deux procédés, celui de M. Motais et celui de M. Parinaud. A égalité de résultat j'ai trouvé celui de M. Parinaud beaucoup plus simple.

M. Kalt. — Je n'emploie pas cette méthode pour corriger le ptosis. Mais pour obvier au défaut de protection de la cornée pendant la permanence des fils, je relève la paupière inférieure par des crins de Florence qui vont s'attacher à la peau de la région sourcilière.

M. Péchin. — Sur un de mes malades opérés par M. Motais et où le résultat a été insuffisant, M. Motais se propose de faire la résection du tarse. Il se demande si ces deux opérations peuvent s'allier sur la même paupière.

M. Motais (d'Angers). — Comme vient de le constater avec raison M. Chevallereau, le relèvement statique de la paupière opéré par M. Parinand est insuffisant ; il atteint à peine deux millimètres et le ptosis persiste trop apparent, bien que le cas fût très favorable. Le mouvement est imprimé, ce qui prouve l'adhérence du muscle droit supérieur à la paupière, mais le relèvement statique est trop faible.

Dans les cas où mon opération ne donne pas un relèvement plus étendu, je ne me déclare pas satisfait et je complète par une opération supplémentaire, à laquelle mon procédé présente l'avantage important de se prêter sans supprimer le mouvement obtenu précédemment.

M. Parinaud fait remarquer que le lagophtalmos et le strabisme primitifs se corrigent par la suite. Ces observations ont été publiées depuis longtemps par de Vincentiis et par moi-même. Il n'y a plus lieu de s'en préoccuper, nous le savons, pas plus que de l'ulcère cornéen que nous ne revoyons plus.

M. Parinaud me fait une objection théorique qu'il m'a déjà présentée maintes fois et qui a lieu de me surprendre de sa part. Assurément, la *fibreuse* du tendon ne se soude

pas *directement* au tissu *fibreux* du tarse. Mais la languette plonge dans l'épaisseur du tissu celluleux de la paupière, divisé par les ciseaux, par l'*intermédiaire duquel* elle contracte des adhérences très rapides, comme l'a constaté Dianoux, et, plus tard, très solides : de même, dans la strabotomie, le tendon sectionné contracte des adhérences rapides et solides avec cette autre surface fibreuse — la sclérotique — par l'intermédiaire de la gangue du tissu épiscléral. Théoriquement, rien n'est plus physiologique. Pratiquement, il n'est plus permis d'en douter.

Je pense qu'il serait téméraire d'essayer d'établir actuellement une comparaison définitive entre deux procédés dont l'un n'a produit, si je ne me trompe, que deux cas — le dernier insuffisant — entre les mains de son auteur, et dont l'autre a donné lieu à près de cinquante opérations pratiquées par seize ophtalmologistes qui ne l'ont pas trouvé plus difficile qu'un avancement musculaire et qui ont publié beaucoup de résultats excellents. Il me paraît nécessaire d'attendre des faits plus nombreux et plus probants.

Dans tous les cas, il ne peut s'agir ici que de deux procédés en présence. M. Parinaud convient lui-même désormais que la *méthode opératoire du ptosis par la suppléance du muscle droit supérieur* m'appartient bien et qu'elle mérite le nom d'opération de Motais qu'on a bien voulu lui donner, quel que soit d'ailleurs son procédé d'application actuel ou futur.

M. Parinaud. — Je viens de dire que je ne croyais guère à l'efficacité de la suture d'une languette du tendon du droit supérieur au cartilage pour la cure du ptosis et que si l'on obtenait des résultats dans l'opération de M. Motais, c'était probablement, comme dans mon procédé, grâce aux adhérences en masse du cartilage au muscle par l'intermédiaire du tissu conjonctif, adhérences qui s'établissent très facilement. L'argumentation de M. Motais me confirme dans cette opinion. Il nous a dit que, dans son procédé comme dans le mien, on peut obtenir un résultat en enlevant la suture après 48 heures et même après 24 heures Or quel est le chirurgien qui osera soutenir que dans un pareil laps de temps on puisse souder la languette tendineuse au cartilage, alors que dans les sutures de tendons, il faut immobiliser les malades dans des appareils pendant des semaines et des mois et encore n'est-il pas certain que la consolidation, ordinairement défectueuse, se fasse par soudure directe du tissu fibreux au tissu fibreux.

M. Chevallereau reproche à l'opération de M. Motais et à la mienne de laisser un certain degré de chute de la paupière au repos, tout en rétablissant ce mouvement. M. Motais lui-même nous parle d'opérations secondaires pour remédier au relèvement incomplet de la paupière à l'état statique. Si l'on examine les rapports du bord du cartilage avec l'extrémité du tendon du droit supérieur au repos, on verra que l'on ne peut pas obtenir un relèvement bien considérable par la suture d'une languette du tendon au cartilage. Dans mon procédé, au contraire, on établit des adhérences entre le cartilage et le muscle plus ou moins loin de son insertion et l'on obtient un relèvement de la paupière considérable. J'ai eu en effet des résultats insuffisants à l'état statique mais c'est parce que j'ai enlevé le fil trop tôt, dans la crainte d'un effet excessif.

M. Chevallereau. — **Volumineux corps étranger de la chambre antérieure.**

L'auteur présente un homme de 37 ans qui, employé à casser des cailloux sur une route, reçut dans l'œil gauche un volumineux morceau de silex. Ce silex offre nettement la forme d'un fer de lance dont la pointe répond au limbe scléro-cornéen à sa partie inféro-externe. Des deux angles de la base, l'un correspond au bord papillaire dans sa partie supéro-interne, mais l'autre, s'enfonce dans l'iris à sa partie supéro-externe. Ce corps offre 8 millimètres dans sa plus grande longueur, et son épaisseur remplit tout l'espace compris entre l'iris et la cornée. Le fond de l'œil est inéclairable, cependant le malade compte les doigts à 30 centimètres.

Ce cas est très curieux parce que ce volumineux corps étranger a pu pénétrer dans la chambre antérieure sans provoquer d'autre lésions apparentes qu'un leucome de la cornée à sa partie inféro-externe, l'arrachement de l'iris au même niveau et la cataracte traumatique, parce qu'il a pu séjourner trois mois sans amener d'autres accidents que de légères douleurs et un peu d'injection périkératique. L'extraction du corps étranger a été faite il y a dix jours et le malade n'offre plus trace de cette intervention.

Dans les extractions de corps étrangers volumineux et durs de la chambre antérieure, M. Chevallereau préconise non les pinces qui ne servent guère qu'à les pousser plus avant, mais des instruments qui permettent de contourner ces corps étrangers et de les attirer en dehors, par exemple la curette fenêtrée qui a été très commode dans le cas actuel, la curette à chalazion, ou encore l'extrémité boutonnée et légèrement incurvée du couteau de Weber. (Le morceau de silex retiré de l'œil de ce malade a été habilement placé par M. Coulomb dans un œil artificiel qui est présenté à la Société.)

M. Jocqs. — Un exemple récent m'a montré la difficulté qu'il peut y avoir à extraire certains petits corps étrangers non enkystés de la chambre antérieure. J'ai eu affaire à un morceau de pierre des dimensions de 2 millimètres de long sur 1 millimètre de large logé dans l'angle inférieur de la chambre antérieure après avoir perforé la cornée. Après une paracentèse périphérique à la pique au niveau du corps étranger, celui-ci s'était déjà mobilisé par le mouvement de l'humeur aqueuse. Avec une pince à iridectomie, j'ai fini par le saisir avec difficulté parce qu'il fuyait devant l'instrument, mais je n'en ai ramené qu'un morceau brisé. Les tiraillements sur l'iris m'obligèrent à une iridectomie. Le reste du corps étranger restait dans la chambre antérieure. Après cicatrisation, je le vis sur le bord de la brèche irienne. Dans une seconde tentative, je réussis à saisir la pierre avec une pince à caillot, sans griffes. C'est avec cet instrument que j'aurais dû faire la première tentative : mais ce que je crois important surtout, dans ce genre d'opération, quand le corps étranger est logé dans l'angle, c'est de faire la paracentèse non pas au niveau du limbe, mais en pleine cornée, au-dessus du corps étranger pour pouvoir le saisir de haut en bas et l'empêcher de fuir devant l'instrument.

M. Parinaud s'est bien trouvé, dans quelques cas de ce genre, de faire l'incision de la cornée au couteau et en face ou au-dessus du corps étranger.

M. Kalt. — **Glaucome chronique traité par la résection du ganglion cervical supérieur et la cure de déchloruration.**

Un homme de 28 ans, indemne de maladie générale et d'affection cardiaque, est pris, au cours de l'année 1902, de glaucome chronique de l'œil droit. Il survint assez rapidement une atrophie partielle du nerf optique.

L'œil gauche se prit le 2 janvier 1903, devint ferme et dur. L'arc-en-ciel glaucomateux entourait les lumières.

Les accès revinrent chaque jour malgré l'ésérine et, le 14 janvier, je fis une iridectomie à la suite de laquelle la pupille s'élargit fortement. Dès le 24 janvier, les accès revenaient chaque jour pendant plusieurs heures, et dans le courant de février je dus faire trois fois la sclérotomie classique. L'ésérine était employée trois fois par jour.

Les accès de glaucome, ne cessant pas, M. Thiéry réséqua le 9 mars le ganglion cervical supérieur, opération qui amena de l'enophtalmie et du ptosis passagers. Le résultat, au point de vue tension oculaire, fut nul. Le soir même de l'opération, il y avait T+2 et le malade se plaignit, les jours suivants, de voir de moins en moins. On reprit alors les instillations d'ésérine, trois fois par jour, ce qui amena une détente notable. Au bout de trois semaines, la tension redevint momentanément normale, mais pour remonter ensuite par accès qui s'accompagnaient de trouble cornéen et d'arc-en-ciel. Il y eut ainsi des alternatives pendant tout le cours de l'année 1903. En novembre dernier, pensant que la déchloruration des tissus pourrait amener une diminution des accès d'œdème choroïdien, je mis le malade au lait pendant 15 jours, puis au régime mixte avec exclusion du sel et de la viande. Le régime fut suivi scrupuleusement, mais sans résultat appréciable.

En définitive c'est à l'ésérine que le malade doit de conserver une acuité visuelle égale à 1/3 et c'est à l'incorporation de l'ésérine à l'huile que nous devons d'avoir pu en continuer l'emploi.

M. Abadie. — Réponse in-extenso, p. 70.

M. Rochon-Duvigneaud. — Je ne comprends pas comment pourrait agir la cure de déchloruration dans le glaucome. Il ne s'agit pas ici d'un œdème analogue à celui du tissu cellulaire.

Quant à l'iridectomie, il serait bon en effet de faire connaître qu'elle ne peut pas toujours être remplacée par les myotiques, comme seraient assez enclins à l'admettre ceux qui, peu familiarisés avec cette opération parfois dif-

ficile, aimeraient mieux employer un traitement plus simple.

M. Valude. — Je trouve que M. Abadie exagère les indications de l'iridectomie en disant qu'il faut la faire, même quand les malades ne se plaignent que d'obnubilations passagères et d'anneaux colorés. Je pourrais citer de nombreux malades dans ce cas maintenus en bon état par les myotiques.

M. Morax. — **Epithélioma sclérosant de la paupière inférieure droite. Résection de totalité de la paupière et autoplastie par glissement.**

M. Morax présente un malade de 37 ans chez lequel un épithélioma sclérosant a atteint la paupière inférieure droite depuis l'âge de 27 ans, progressant très lentement, alors qu'une première intervention incomplète eut pour conséquence une récidive à extension plus rapide, nécessitant l'ablation totale de la paupière inférieure. Le lambeau emprunté à la région temporo-frontale a très bien repris, bien que sa face profonde reposât sur la conjonctive bulbaire et le cul-de-sac inférieur. L'adhérence du lambeau transplanté au bord libre de la paupière supérieure a été maintenue de puis le mois d'avril 1903, date de l'intervention jusqu'au 29 Janvier 1904. Actuellement, il n'y a pas de récidive ; les résultats cosmétiques et fonctionnels paraissent excellents. M. Morax soumet à la Société les coupes histologiques de la paupière réséquée, montrant les particularités de cette forme d'épithélioma où les cicatrices scléreuses succèdent par place à l'infiltration néoplasique.

M. Antonelli, lit son rapport sur un travail du Dr Bouchart intitulé : « **Infiltration de la cornée et mydriase persistante attribuables à l'adrénaline** ».

Chez une jeune fille, opérée de strabisme aux deux yeux (ténotomie du droit interne), l'œil droit montra une infiltration grisâtre assez étendue de la cornée, une mydriase résistant longtemps à tout traitement et une traînée exsudative particulière sur la surface irienne. Ces phénomènes, prenant point de départ du limbe nasal, là où l'injection d'un mélange de cocaïne et d'adrénaline avait été pratiquée, l'auteur les attribue à la toxicité de l'*avasine* (marque d'adrénaline rosée, non incolore) employée. L'œil gauche, opéré quelques jours après de la même façon, en se servant de l'adrénaline incolore, ne montra rien d'anormal.

A propos des inconvénients de l'adrénaline, M. Antonelli insiste sur les cas dans lesquels cette dernière n'est pas seulement inutile, mais dangereuse ou nuisible : 1° en chirurgie oculaire, d'après une observation très probante de Bobone, il faut se méfier des injections cocaïno-adrénaliques sous la peau des paupières avant les opérations à lambeaux, car ceux-ci sont exposés à la nécrose par défaut d'irrigation nourricière ; 2° en thérapeutique oculaire il faut s'abstenir de l'adrénaline, en règle générale, dans les formes de kératite (par exemple la kératite parenchymateuse à la période vasculaire, la kératite ulcéreuse ou la kératite herpétique), pour lesquelles la vascularisation de la cornée ou l'hyperémie périkératique représentent le processus de thérapie naturelle.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 février 1904.

Dr A. Darier. — **Action analgésiante et névrosthénique du radium à doses infinitésimales et inoffensives.**

Le 6 octobre, j'ai relaté un cas de cancer de l'orbite rendu insensible par le radium ; d'autres auteurs sont venus confirmer cette assertion.

J'avais aussi noté l'action analgésiante rapide et profonde du radium dans certaines iritis et iridocyclites, etc.

Ces constatations absolument personnelles, j'ai pu les reproduire dans d'autres conditions avec le même succès depuis quatre mois.

Il parait donc avéré que le radium à faible intensité en applications *loco dolenti* est capable d'amener souvent une cessation rapide de l'élément douleur.

Mais l'action du radium sur les centres psychomoteurs est encore plus curieuse.

Dans deux cas de névroses convulsives les attaques, qui se répétaient tous les jours chez l'un, et 3 ou 4 fois par semaine chez l'autre ont cessé après 2 ou 3 jours d'applications de radium sur les tempes.

Dans un cas de pseudo-ataxie neurasthéni-

que, le radium amena une guérison complète en trois jours (par suggestion probablement).

Dans un cas de *paralysie faciale* aiguë et toute récente le radium provoqua une guérison du jour au lendemain.

Sans vouloir donner une explication à ces faits trop curieux, trop récents et trop peu nombreux, j'ai tenu à les signaler pour que d'autres chercheurs puissent contribuer à l'étude de cette intéressante question.

L'activité du radium que j'ai employé, mesurée au laboratoire de M. Curie, variait de 10 à 7000 U. Pour les faibles activités, je laissais agir les tubes contenant le radium pendant 2 et 4 jours et même jusqu'à 15 jours, la douleur reparaissant parfois peu de temps après la cessation des applications.

Avec des intensités de 1000 à 7000 la pose est de 2 à 3 heures par jour; c'est à ces intensités plus fortes que j'ai eu recours dans la paralysie faciale citée plus haut.

Ces faibles activités sont d'un prix très abordable et de nouveaux essais me permettent d'espérer que même avec des substances *simplement radio-activées par induction*, les mêmes résultats thérapeutiques pourront être obtenus, ce qui en rendrait le prix abordable pour tous *les malades*.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE HALLE.

SCHMIDT-RIMPLER présente une patiente opérée suivant la **méthode de Krœnlein pour une tumeur de nerf optique.**

La jeune fille, âgée de 5 ans, maintenant bien portante, fut reçue fin octobre de l'année dernière à la clinique ophtalmologique à cause d'une exophtalmie du côté gauche qui existait depuis environ six mois. — L'œil étaient projeté en avant et un peu en haut, la saillie était de 12 milim. Les mouvements du globe étaient diminués en bas et en dehors ; les paupières pouvaient se fermer. De petits objets pouvaient être reconnus à une distance d'un mètre et demi environ. La papille était rouge, agrandie, le gonflement œdémateux des bords était surtout frappant, et s'étendait sous forme d'ondulation dans le voisinage, le centre de la papille était moins proéminent et plus pâle, les vaisseaux étaient élargis. Réaction pupillaire normale. — Après incision de la conjonctive, en explorant avec la sonde, on sentait au fond de l'orbite et surtout vers en haut et en dehors une masse consistante. L'opération de Krœnlein fut exécutée vers le 10 novembre après incision de la peau, le périoste fut détaché de la paroi extérieure de l'orbite ;— sous la conduite du doigt, le nerf optique fut sectionné très près derrière le globe et la tumeur située derrière lui, fut excisée aussi profondément que possible.

La longueur du nerf optique coupé était de 3 cm. — L'examen anatomique des parties enlevées, montra que abstraction faite des deux extrémités, le nerf optique facilement reconnaissable et délimitable était épaissi ainsi que ses gaines. — La tumeur en forme d'œuf était de 1 cm. environ de longueur dans son plus grand diamètre. — Elle était sur presque toute sa surface renfermée dans l'espace intermédiaire et la gaine interne ; au milieu de la tumeur d'où s'échappait une traînée de cellules allant vers le nerf optique, le gonflement de l'espace intermédiaire se montrait particulièrement étendu et formait un lien solide entre le nerf optique et sa gaine extérieure.

En d'autres endroits cette dernière était même séparée de la tumeur par un espace intermédiaire libre. — La masse de la tumeur ne pénétrait pas dans la couche extérieure de la gaine durale — cette dernière empêchait donc l'extension de la tumeur dans le tissu orbitaire voisin. — Au microscope, la tumeur avait le caractère du myxosarcome. — Les faisceaux du nerf optique bien, qu'infiltrés et élargis, étaient bien conservés dans leur forme, de sorte que l'on peut placer l'orifice de la tumeur dans les cloisons de l'espace intermédiaire.

La guérison après l'intervention ne se fit pas sans difficultés.

La fièvre apparut pendant les deux jours suivants, le bulbe faisait saillie et la joue était un peu enflée ; aussi dut-on enlever deux sutures et placer un drain.

La fièvre disparut, mais pendant plusieurs semaines, du pus s'écoula de l'orbite ; avec la sonde on sentait l'os à nu. Par suite de l'exophtalmie une ulcération s'était formée à la partie inférieure de la cornée, laquelle amena après elle une légère opacité.

A sa sortie de la clinique (21 déc. 1902) l'enfant présentait encore une plaie incomplète-

ment fermée, le globe était encore un peu proéminent et la paupière supérieure tombante. — Aujourd'hui la paupière se meut librement, il en est de même pour le globe — il reste cependant une mobilité défectueuse vers en dedans et en bas. — L'œil a sa forme et sa position normale, la pupille est moyennement dilatée sous l'influence de l'accommodation et de la convergence ; elle a une légère tendance à se contracter. — Le fond de l'œil présente surtout dans les environs du nerf optique qui, lui, ne peut plus être reconnu, et vers le pôle postérieur, une surface blanche parsemée de striées noires et de taches ; un peu plus vers la périphérie se trouvent des parties rouges normales, qui montrent aussi des taches de pigment. La tension est normale, peut être un peu moins élevée qu'à droite. — Le résultat final peut donc être considéré comme très satisfaisant. Le pus survenu après l'opération doit être attribué à une infection d'origine extérieure ; cependant on peut admettre qu'il a été produit par suite d'une nécrose développée au niveau de la paroi orbitaire, qui serait restée détachée du périoste. Une légère adhérence de la cicatrice sur l'angle externe, au point où l'ouverture persista le plus longtemps, confirme encore cette hypothèse. En tout cas il est évident, que l'opération de Kronlein, recommandable pour des cas semblables peut avoir comme suite des suppurations pouvant persister longtemps.

Tschermack demande si, à la suite des interventions analogues, récentes instituées sur le lapin, la papille réagit à la lumière après l'excision du nerf optique.

Schmidt-Rimpler répond que de pareilles tentatives n'ont pas encore été faites, et que la conservation d'une réaction à la lumière après la section du nerf optique est absolument contraire à nos observations faites jusqu'à présent. Il n'ajouterait pas une grande foi aux expériences faites sur le lapin, ne pouvant exclure un rétrécissement de la pupille, qui comme chez l'homme, arrive par hasard après les efforts de convergence ou d'accommodation.

Braunschweig qui, le premier, appliqua la méthode de Kronlein aux tumeurs du nerf optique, n'a pu constater de réaction de la pupille à la lumière, bien qu'il ait porté son attention sur ce fait. Il appelle l'attention sur l'utilité de l'opération dans maintes autres maladies de l'orbite.

F. Abt.

REVUE PHYSIOLOGIQUE

Le mécanisme de l'accommodation, longtemps incontesté et admis tel que le pensait Helmholtz est depuis quelques annés discuté avec vivacité et étudié avec ardeur. Antérieurs à ceux de Helmholtz, sont les travaux de Max Langenbech (1849), et de Cramer (1851-52) qu'Helmholtz connut avant de publier ses recherches (1855). Après Mannhardt qui admet la traction, et non le relâchement, comme résultat de l'activité du muscle ciliaire (1858), il nous faut attendre Tscherning (1894) pour entendre une voix soutenir cette opinion (reprise cependant par Schœn en 1887). Depuis nous avons eu tous les ans des travaux de Tscherning et des réponses de Hess, ou de Heine, soutenant la théorie de Helmholtz. C'est cette rapide revue que fait le Dr Grossmann dans l'*Opht. Rev.*, janvier 1903) et auquel répond lui-même Tscherning dans la *Clinica Oculistica* (déc. 1903).

Grossmann a présenté en effet à l'Association médicale britanique de 1903 (juillet) un cas d'anomalie congénitale admirablement instituée et permettant sur un œil vivant toutes les recherches et mesures que comportent l'étude et la discussion du mécanisme de l'accommodation : le sujet âgé de 26 ans, présentait sans photophobie une aniridie complète, avec deux petites cataractes polaires, antérieure et postérieure. V. OD. + 6, cyl. + 2, vertic. = 1/6. OG, 7 cyl. + 2 vertic. = 1/6. Dans l'éclairage oblique le bord du cristallin était visible, séparé du corps ciliaire, qui n'est vu en aucun point. Pour rendre les phénomènes plus visibles, l'auteur fit usage de l'ésérine, provoquant ainsi un spasme d'accommodation.

Après l'ésérine, à l'éclairage direct le reflet du cristallin, d'abord uniforme, dessine bientôt un fer à cheval, puis une couronne complète, comme si la réfraction de la zone intermédiaire présentait une modification de courbure notable et indépendante de celle des parties voisines : il se produit donc un lenticône d'accommodation (antérieur) tel que le soup-

çonnait Cramer et que le démontre Tscherning.

1° L'examen des images de Purkinje données par la face antérieure fera l'objet d'un travail spécial ; quant à celles de la face postérieure, elles montrent également la formation d'un lenticône postérieur ; les figures de Grossmann sont d'accord avec celles de Tscherning.

On comprend qu'une observation aussi importante ait suscité un grand intérêt. Tscherning répond à l'analyse publiée par le *British Medical Journal* du 26 sept. 1903, que dans le travail d'un de ses élèves (M. Ed. Bresio. La forme du cristallin humain, *Jour. de Physiol. et Pathol. générale*, juillet et sept. 1901), ont été publiés des chiffres de mesure très en rapport avec les données du Dr Grossmann.

Le Dr Bresio démontre ainsi que la courbure de la surface antérieure produit environ 6|10 de l'acc. et la surface postérieure les autres 4|10 , le cristallin augmente d'épaisseur, la surface antérieure avance un peu, la surface postérieure recule un peu (sauf chez un sujet) : la surface antérieure s'aplatit à la périphérie, donnant une différence de réfraction de 3 D. Tous ces faits sont d'accord avec ceux du Dr Grossmann. Pour les autres Tscherning reconnaît que la diminution du diamètre d'abord équatoriale dans l'acc. ne peut être mise en doute après les mesures de Grossmann.

Il n'est douteux pour personne que le muscle ciliaire est l'agent actif de l'acc. Quant à la zonule, Tscherning distingue une partie allant du cristallin au corps ciliaire et s'insérant un peu en arrière du sommet du procès ciliaire, et une partie adhérente se dirigeant vers l'ora serrata. Par suite la contraction du muscle distend l'une et relâche l'autre : or, on sait que sur un cristallin mort, la traction de la zonule produit la déformation caractéristiques de l'accommodation. De plus la consistance du vitré en général est supérieure à celle des parties périphériques du cristallin ; d'autre part le muscle ciliaire, par ses fibres longitudinale, agit sur le vitré : si on considère en outre que la zonule s'insère sur le cristallin non à l'équateur mais plutôt en avant, on voit que la contraction du ciliaire amène une diminution du diamètre avec aplatissement de la périphérie.

2. Ensuite l'ésérine produit après 5' ou 10', un tremblement lenticulaire, visible dans les mouvements brusques de l'œil : ceci infirme les données de Hess et s'oppose aux idées de Tscherning sur la fuite du cristallin maintenu par adhérence au vitré. (Grossmann invoque ici en plus les opérations du Major Smith, (extraction dans la capsule) sans issue du vitré, pour admettre l'existence d'une enveloppe propre au vitré et une indépendance complète entre la capsule postérieure et cette membrane : nous croyons que tous les cas ne peuvent justifier cette hypothèse.)

3. Dans l'acc. maxima que produit l'ésérine, les procès ciliaires deviennent visibles, par un mouvement vers l'axe de l'œil, et non vers la partie antérieure.

4. De même, la circonférence de la lentille à l'équateur reste circulaire mais diminue considérablement. Le diamètre passe de 12 $^{m}/_{m}$ 1/4 par l'homatropine, à 10 $^{m}/_{m}$ 1/4 par l'ésérine. Coccius, en 1867, sur un œil iridectomisé avait observé le même phénomène, tandis que Tscherning figure dans son « Optique physiologique » une augmentation par l'Accommodation.

5. Naturellement, le diamètre antéro-postérieur augmente de 3 $^{m}/_{m}$ 1|4 à 4 $^{m}|_{m}$ 44. Helmholz avait déjà observé que la surface antérieure avançait beaucoup tandis que la postérieure restait en place.

6. Cette augmentation d'épaisseur diminue très légèrement la distance de la cornée au cristallin : la surface antérieure avance de $0^{mm}5$; l'épaisseur lenticulaire augmentant de 1 mm. 3, il suit que la capsule postérieure a reculé de 0 mm. 8.

7. La lentille, chez ce sujet, se porte en haut et en dedans ; d'autres sujets examinés à ce point de vue montrèrent un déplacement de la pupille dans ce sens ; ceci confirme et précise les données de Hess, qui admettait dans l'acc. une chute du cristallin suivant l'action de la pesanteur.

On peut donc concevoir le vitré et le cristallin comme une masse gélatineuse mais alors le phenomène de descente du cristallin décrit par Hess devrait englober aussi le vitré et Tscherning ne voit pas comment un relâchement de zonule pourrait amener la descente. Il y a là non pas une chute, mais une déformation.

De même, le tremblement ne peut s'expli-

quer que par un relâchement de la capsule postérieure. Toutes ces modifications du vitré dans l'accommodation amènent l'auteur à conclure que le vitré central doit être en partie liquide ; le canal de Cloquet, qui peut avoir 2 mm. de large peut être considéré comme le vitré central, tandis que le vitré cortical est constitué de strates concentriques.

Quelques auteurs décrivent un vitré cortical, et vitré nucléaire, plus antérieur, et adosséau cristallin et au corps ciliaire. Tscherning admet que le muscle ciliaire attire en avant la trame du vitré nucléaire et dilate le canal central, ce qui explique l'existence de fibres radiées du ciliaire, se terminant en anse à la surface du vitré, et d'autre part de fibres de la zonule se perdant dans le vitré.

On voit que la question reste ouverte, mais des travaux importants s'accumulent et amèneront à une connaissance exacte.

Dr A. Bouchart.

REVUE DES LIVRES

Hamburger (H.J.) — **Ionisation et pression osmotique ; méthodes physicochimiques appliquées à la physiologie et à la pathologie du sang** (Osmotischer Drück und Ionenlehre). (Wiesbaden, 1902, Bergmann, in-8°, Bd I, 540 pages.)

Pour ceux qui ont commencé leurs études médicales il y a 15 ou 20 ans, toutes les théories nouvelles de la physiochimie sont absolument incompréhensibles ; aussi leur sera-t-il très utile, s'ils veulent pouvoir suivre avec fruit les découvertes de la science médicale moderne de lire le volume intéressant que nous leur présentons aujourd'hui. L'intérêt que présente l'étude de la chimie physique dans presque toutes les branches des connaissances médicales va toujours en progressant. Aussi les vœux exprimés depuis des années par des physiologistes, des cliniciens, des pharmacologues et d'autres spécialistes, ont-ils suggéré à l'auteur l'idée de réunir en un seul volume l'ensemble de ses recherches qui se trouvaient éparses dans la littérature.

L'œuvre poursuit un double but. D'abord et avant tout, c'est un livre complémentaire pour ceux qui travaillent en suivant la voie tracée, ou qui veulent se former un jugement particulier sur l'état actuel de certaines questions spéciales. En second lieu, il sera utile à ceux qui cherchent un travail d'ensemble concernant l'état actuel, de la question de la pression osmotique et de la dissociation électrolytique. Dans ce but, au chapitre de chimie-physique pure, aussi bien qu'aux autres chapitres, l'auteur joint un résumé d'ensemble qui sera compréhensible sans qu'on ait besoin d'avoir a lire tous les détails.

L'ouvrage est divisé en deux volumes : le premier débute par l'étude de la pression osmotique et de la dissociation électrolytique, il traite ensuite de leur application à la physiologie et à la pathologie du sang.

Le deuxième et dernier volume, dont l'étendue sera moindre, sera consacré de la même façon, à la physiologie et à la pathologie de la lymphe, à la résorption, à l'activité du rein et aux autres chapitres des questions nouvelles mises en lumière par la chimie physique, ainsi qu'aux données tirées de la pharmacologie, de la bactériologie, etc.

Pour que le livre puisse servir autant que possible comme ouvrage complémentaire et comme memento de laboratoire, l'auteur a traité dans la première partie des méthodes employées pour la découverte de l'abaissement du point de congélation et la conductibilité électrique ; les chiffres qui ont rapport à ces méthodes, et dont la connaissance serait d'un secours superflu dans les applications pratiques, sont rangés en une série de tableaux.

Comme méthode d'exposition, c'est la méthode historico-critique qui a été adoptée. Celle-ci offre des avantages sous plusieurs rapports. D'abord, on peut avoir sous les yeux, dans une étude historique d'ensemble, l'état complet d'un problème plus évident qu'autrefois. Une étude critique n'a pas seulement l'avantage de donner un compte rendu exact des faits et des conclusions qu'on en tire ; elle force, fréquemment, à faire des recherches ultérieures. C'est ainsi que le livre renferme des recherches, des expériences faites dans des directions diverses et qui n'ont pas encore été publiées dans les journaux,

Un aperçu des sujets traités montre en quelques mots l'intérêt de cet ouvrage : Théorie de la pression osmotique et coefficients isotoniques ; théorie de la dissociation électrique et

de l'ionisation. Ions positifs et ions négatifs : affinités, production d'électricité par le contact de deux électrolytes, etc. Conductibilité, coëfficient isotoniques par rapport aux corpuscules rouges, blancs, etc. Sérum hémolytique, etc.

Comptes rendus de la Société d'Ophtamologie de Heidelberg, (session 1904). (Edité par J. Fergmann, Wiessbaden).

Nos compliments au prof. Wagenmann et à l'éditeur d'avoir en trois mois mis sur pied un volume de près de 400 pages avec un nombre considérable de figures et de planches.

Nous avons en son temps donné une analyse très détaillée des intéressantes communications lues à la dernière session de la Société qui a été une des plus fréquentées de ces dernières années.

Certains points méritent d'attirer l'attention.

A propos des intéressantes communications de Uhthoff et de Deutschmann (cette dernière est publiée in extenso dans notre n° 19, de 1903) sur la **pathogénie et le traitement des décollements rétiniens,** nous relevons les opinions suivantes :

Von Hippel (junior). Le traitement préconisé par Deutschmann est encore rarement appliqué, je puis rendre compte de trois cas ainsi traités par moi.

I. Chez une dame traitée pendant 4 1/2 mois sans résultat par les méthodes classiques V = 1/10 avec métamorphopsie très marquée, après une première transfixion, pas de résultat. Après une deuxième V = 1/3 avec application des deux tiers de la rétine décollée. Sur une menace de récidive une troisième transfixion ramène la vision à 1/3. La malade n'est en traitement que depuis 4 semaines, attendons la fin.

II. Dans un décollement vésiculeux de toute la moitié inférieure de la rétine, une seule transfixion de Deutschmann provoqua une guérison complète 2 jours après l'opération et qui dure encore ; il y a 4 semaines de cela.

III. Décollement presque total. Après une première transfixion, la vision s'élève à 1/5. Après une deuxième, pratiquée trop hâtivement, il se produisit une hémorrhagie sous-conjonctivale et intra-oculaire et le malade ne pouvait plus que compter les doigts à 3 mèt. Une troisième transfixion ramena la vision à 1/5. Ce cas est encore en observation.

Sans pouvoir tirer de conclusions de ces faits encore trop récents, on peut dire cependant que la transfixion de Deutschmann paraît devoir donner de meilleurs résultats que les méthodes antérieures.

Prof. Uhthoff. — Le traitement du décollement rétinien est des plus aléatoires et l'on n'est jamais sûr que c'est le traitement qui est la cause de la guérison. Après de nombreuses injections de NaCl concentré j'ai observé 2 cas de glaucome.

Dans ces derniers temps, j'ai mis en pratique le procédé suivant : je pratique au niveau du décollement une série de fines ponctions de la sclérotique, avec un fin couteau de Knapp, le liquide sous-rétinien se répand sous la conjonctive ; alors je pratique en ce point même une injection sous-conjonctivale de 1/3 à 1/2 seringue de NaCl à 3 ou 5%.

Le premier effet de ce traitement est surprenant ; malheureusement, les récidives ne sont pas plus rares que par les autres procédés. Je considérerais la section de la rétine elle-même comme un facteur plutôt défavorable, si j'en juge par un cas où des ponctions répétées de la rétine montraient que le décollement se reproduisait toujours au niveau des déchirures.

Prof. von Hippel (senior). — Si l'on examine bien attentivement les 7 cas présentés par M. Deutschmann, on doit constater qu'ils nous présentent un état de guérison que nous ne sommes pas habitués à voir par les méthodes classiques. Il y a, certes, des cas de guérisons spontanées ; mais en général il nous reste encore une grande majorité de cas que tous nos efforts thérapeutiques n'arrivent pas à guérir ; aussi devons-nous être satisfaits quand de nouvelles ressources thératiques sont mises à la disposition du chirurgien qui aura, avant de pouvoir se prononcer, à se bien faire la main à la nouvelle et délicate technique opératoire.

Léopold Muller. — **Décollement rétinien** (*Wiener klin. Woch.*, avril 30 ; *Opht. Rev.*).

L'auteur a traité avec succès 7 cas dont il en présentait un à la Société médicale de Vienne : la rétine était recollée partout, le champ

visuel était entier — le malade comptant les doigts à 3 mèt. Deux autres cas étaient encore guéris 11 et 15 mois après l'opération.

Muller opère ainsi : résection selon Krœnlein de la paroi externe de l'orbite, la partie temporale de l'œil étant découverte, on excise un fragment de sclérotique de 8 à 10 mm. de large sur 20 mm. de long : l'extrémité antérieure étant à 1 ou 2 mm. derrière l'insertion du droit externe : 5 sutures sont passées : il ne faut pas léser la choroïde, ni laisser échapper aucun liquide intra-oculaire.

Quand les fils sont presque serrés, un couteau étroit ponctionne la choroïde et laisse échapper le liquide sous-rétinien, en quantité suffisante pour permettre de clore la plaie oculaire.

Syphilome du corps ciliaire : *Etude anatomoclinique* par le P. K. v. Ewetzky (Jurjew). (1 vol in-8°, Karger, éditeur, Berlin 1904).

Le prof. Ewetzky, ayant constaté qu'il n'existait sur ce sujet, malgré des observations suffisantes, aucune revue d'ensemble, tente d'établir l'aspect anatomoclinique de l'affection. Au reste, dans la littérature on trouve souvent des cas douteux ou même des erreurs de diagnostic. E. cite d'abord huit observations personnelles.

Cas I. — Le malade, âgé de 31 ans, présente une hypérémie conjonctivale, avec injection périkératique, surtout au bord supérieur. Dans l'angle de la chambre antérieure, particulièrement en haut, on voit une tumeur blanche avec un reflet jaunâtre, qui atteint le bord pupillaire et s'arrête au diamètre horizontal ; elle a la forme d'une langue, son bord externe est arrondi, et sa surface antérieure, convexe, s'applique à la cornée. Aucun vaisseau. Au bord inférieur un exsudat globuleux ; des filaments se rendent à la capsule antérieure. La pupille est moyennement dilatée et réagit à la lumière. Au bord inférieur existe une synéchie postérieure. Le fond d'œil n'est pas visible. V = les doigts à 3 m. — trois semaines plus tard, par le traitement, mixte, l'acuité atteignant 1/10, le fond d'œil était visible et sans lésion.

Cas II. — La lésion, plus avancée, fait saillie au-dessus de la sclérotique à 3-4 mm. de la cornée. Celle-ci est opaque sur toute une moitié, tandis que l'autre, transparente, laisse voir une chambre antérieure presque nulle : l'iris est trouble, parsemé de taches jaunes. V = O. T — 2. L'œil fut énucléé pour permettre la prothèse ; on trouva l'iris épaissi accolé à la cornée ; la tumeur très blanche, avec une ceinture étroite de pigment, s'étend jusqu'à l'ora serrata, mais en diminuant graduellement ; la sclérotique est perforée nettement en arrière, et d'une façon moins abrupte en avant. La conjonctive est épaissie et atteint 1 mm. 1/2.

Le 3e cas appartient à Woinow ; les données trop brèves des *Nagels Berichte* de 1873, ont pu être complétées par le Pr Kruckow, et il ressort qu'il s'agit d'une tumeur située « au dessus de la pupille » pour laquelle on fit une iridectomie puis une extraction de cataracte, des discisions, enfin l'énucléation à cause des douleurs glaucomateuses survenues : on trouve du tissu cicatriciel probablement appartenant à une ancienne gomme, en forme de demi-cercle au niveau de l'ora serrata.

Le 4e cas est dû à l'obligeance du Dr Filatow : la tumeur remplit obliquement la moitié inféro-externe de la chambre antérieure : le traitement mixte amena en 3 mois une régression presque totale et la vision d'abord nulle atteignit 2/10.

Dans un tableau de révision et de description sommaire, l'auteur a réuni 67 cas publiés par différents auteurs : v. Schræ ler, Barlar, Coppez, Panas, Terson, etc... La IIIe partie de ce travail est une revue clinique complète : nous voyons successivement : l'évolution de la tumeur, son issue par la sclérotique ou vers la chambre antérieure (et souvent les deux à la fois), parfois sa pénétration dans le corps vitré ; les lésions des tissus voisins, paupières (?) conjonctive, cornée, iris, cristallin (souvent cataracté). Le début est généralement violent, l'affection est rapide (de 8 jours à 3 mois), ou parfois lente (4 à 12 mois). La vision est très altérée mais généralement pas au début. La tension oculaire peut être augmentée par la présence d'une tumeur, mais le plus souvent elle est abaissée par l'iridocyclite violente qui se produit. Généralement il reste des traces et des troubles ; dans 23 0/0 des cas, l'atrophie survint ; 63 0/0 des yeux devinrent aveugles, 13 0/0 avec V = moins de 1/10 ; 12 0/0 V = de 1/10 à 3/10 et

10 0/0 V = de 7 à 10. L'état général influe naturellement beaucoup sur le pronostic, ainsi que les dimensions de la tumeur.

Le Pr E. insiste sur le diagnostic avec l'iridocylite syphilitique, le syphilome de l'iris, les papules syphilitiques de la conjonctive, la gomme de la sclérotique, la scléro-choroïdite antérieure, le mélano-sarcome du corps ciliaire ou le tubercule. Une étude détaillée des symptômes et des antécédents est nécessaire et conduit à un diagnostic exact. Le traitement général est utilement complété par les injections sous-conjonctivales de sublimé et les enveloppements chauds : l'opération est rarement indiquée.

L'affection paraît appartenir aux premiers stades de la syphilis. Sur 67 cas on trouve : 21 dans les premiers 6 mois, 11 dans les 6 suivants, 4 dans la seconde année... Il s'agit donc de papules du corps ciliaire ; accidents secondaires dans 50 0/0 des cas. C'est bien ce que Terson a appelé : gommes précoces. Cependant on peut, d'après l'examen général du malade constater que le syphilome du corps ciliaire accompagne plutôt les accidents secondaires tardifs, presque tertiaires.

L'examen microscopique montre que le syphilome a une tendance manifeste à atteindre une grande partie du corps ciliaire, et à constituer ainsi un anneau plus ou moins complet : ceci est évidemment en rapport avec la disposition circulaire des vaisseaux venus de l'A. ciliaire longue.

E. corrobore les données de Lieto Vollaro et de Hanke : le syphilome au début se compose de tissu granuleux où l'on trouve : en dehors des cellules (leucocytes mononucléaires) entourées de fibres conjonctives, et de petits vaisseaux avec endartérite ; au centre, une partie nécrosée ; entre les deux, des cellules rondes ou anguleuses avec un noyau assez volumineux, et aussi des cellules géantes plus périphériques.

Plus tard, avec la dégénérescence caséeuse du centre et la résorption se forme un tissu cicatriciel. La perforation de la sclérotique ne se fait pas comme pour les néoplasmes en suivant les vaisseaux mais par usure, par destruction des lames conjonctives. La petite quantité de pigment trouvé dans ce bourgeon perforant paraît venir des cellules de la rétine ciliaire, déjà détruites. Plus tard le syphilome se reconnaît à un paquet conjonctif pénétrant dans la sclérotique avec attraction de la rétine décollée, et parfois du corps ciliaire opposé. Les lésions anatomiques des tissus voisins sont secondaires et d'aspect moins caractéristique.

Le travail du Pr Ewetzky constitue désormais une base pour toute étude ultérieure sur ce sujet. Dr A. Bouchart.

BIBLIOGRAPHIE

Babinski. — **Méningite hémorrhagique fibrineuse ; paraplégie spasmodique. Ponctions lombaires : traitement mercuriel. Guérison.** (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 23 oct. 1903.)

L'auteur présente une femme dont les antécédents pathologiques sont nuls, chez laquelle on ne trouve pas traces de syphilis.

Cette malade présenta des phénomènes paraplégiques avec rétention d'urine en septembre 1902 ; cette paraplégie persista pendant quatre mois s'accompagnant d'incontinence des matières. Signe d'épilepsie spinale.

La malade se cachectise ; temp. : 38°5. Réflexes rotuliens exagérés : présente le phénomène des orteils. La partie supérieure du corps n'est pas atteinte. Intelligence normale.

Inégalité pupillaire : Signes d'Argyll Robertson à gauche.

Le 13 février, ponction lombaire. — Liquide jaune verdâtre se prenant rapidement en masse : à la dissociation du caillot, on trouve des lymphocytes.

Le 14 février, 2e ponction = 10 cc. liquide.

Le 21 février, l'état général est amélioré : la paraplégie persiste. — 3e ponction = 8cc. de liquide.

Le 23 février, possibilité d'exécuter quelques mouvements avec les jambes. — Plus d'anesthésie.

7 mars, 4e ponction = 8 cc. de liquide.

8 mars, grande amélioration.

18 mars, plus d'incontinence des matières. Le traitement mercuriel, qui avait été interrompu, est repris.

4 mai, la malade se lève et fait quelques pas, demande à sortir. — Dernière ponction =

10 cc. de liquide. Traitement mercuriel suspendu

15 juin, elle marche avec deux cannes : la vessie et le rectum fonctionnent bien.

16 octobre, marche sans canne. La vessie et le rectum sont en parfait état. Réflexes tendineux sont forts sans être exagérés. Ponction lombaire = 8 cc. de liquide.

L'auteur fait encore remarquer que l'examen du liquide céphalo-rachidien a permis le diagnostic de méningite fibrineuse lymphocytaire ; hémorragique (globules rouges dans le liquide).

La paralysie était sous la dépendance d'une affection spinale de la région dorso-lombaire (troubles vésicaux, phénomènes des orteils).

De quelle nature était cette lésion ? Il est permis de supposer que la méningite a produit un exsudat membraneux comprimant la moelle ou qu'une inflammation spinale s'est ajoutée à l'inflammation méningitique donnant une méningo-myélite.

L'auteur fait encore remarquer que le phénomène des orteils, qui actuellement constitue la seule manifestation objective d'une perturbation du système pyramidal, montre une fois de plus la valeur séméiologique de ce phénomène.

Il attire, en terminant, l'attention de la Société sur l'efficacité thérapeutique dans ce cas. Les troubles fonctionnels ont manifestement diminué après chaque opération ; les ponctions lombaires ont joué un rôle curatif des plus nets.

Au point de vue diagnostic, on était ici en présence d'une paraplégie spasmodique que l'on aurait pu attribuer à une lésion de la moelle ; l'existence de la méningite aurait pu être méconnue sans la ponction.

JAPPEINER und JESIONEK (Munchen),— **Essais thérapeutiques avec les substances fluorescentes.** (*Woch. f. Thérap. u. Hyg. d. Auges.* 14 janv, n 16, p. 123.)

Des matières différentes, qui, dans l'obscurité sont peu toxiques, sous l'influence de la pénétration des rayons solaires, de la lumière diffuse du jour, ont la faculté de tuer les infusoires. Ce phénomène est probablement intimement lié avec l'excitation provoquée par la fluorescence. On constate en plus, que tous les enzymes jusqu'à présent examinés, soit saccharifiants soit peptonisants, perdent presque complètement leur action (effet) par certaines matières fluorescentes avec la pénétration de la lumière, tandis que dans l'obscurité une influence semblable ne se constate pas. D'après ces expériences avec les enzymes, l'examen sur les toxines s'imposait.

Et en effet, l'expérience démontrait, que la rézime par les matières fluorescentes et la lumière, perdait sa faculté caractéristique d'agglutination pour les corpuscules sanguins rouges, et que la dose totale 10 fois plus grande ne tuait plus les cobayes, et ne les rendait malades que passagèrement. L'éosine est une substance fluorescente qui influe fortement les cellules, les ferments, les toxines et en conséquence semble particulièrement appropriée pour les expérience thérapeutiques. Les résultats les plus rapides pouvaient être obtenus dans les maladies cutanées, et sur les organes les plus superficiels, où l'accès de la lumière et l'application de la substance fluorescente semblait le plus facile. Il est très indiqué pour tous les foyers de maladies superficielles de les badigeonner avec une solution liquide de 5 0/0 d'éosine, et de les exposer à la lumière du soleil aussi longtemps que possible en ayant soin de badigeonner constamment les foyers exposés. La méthode d'abord a été appliquée dans les maladies infectieuses de la peau : pityriasis versicolor, herpès tonsurans, molluscum contagiosum, psoriasis vulgaris ; plus tard on traitait d'une façon analogue le foyer de maladies cutanées carcinomateuses, tuberculeuses et lupiques. Dans 3 cas de carcinome cutané, les résultats étaient excellents, c'est-à-dire dans deux cas se constatait une cicatrisation parfaite, et dans le troisième cas particulièrement grave, se manifestait une certaine tendance de guérison. Le succès de ce traitement fut surprenant chez un garçon de 14 ans, avec une affection tuberculeuse unilatérale d'un testicule, avec des tumeurs consécutives scrofulo-dermatique du scrotum, et où la tumeur, après un traitement de quelques semaines, fut complètement guérie, ne laissant qu'une petite fistule avec une sécrétion minime.

Les tumeurs lupeuses cèdent rapidement et facilement à l'influence de la thérapeutique, à la lumière et à l'éosine. L'action cependant ne s'étend que sur des couches épithéliales très superficielles, très minces dont les foyers

de la maladie sont couverts, tandis que des papules (tubercules) non palpables et disposées dans le tissu sain ne produisirent aucune réaction, mais réagissaient respectivement, seulement, lorsque les phénomènes de réaction inflammatoire et œdémateuse se trouvaient sous l'influence du traitement. Sous bien des rapports on constatait une analogie avec celle de la réaction par la tuberculine. Dans les foyers syphilitiques l'effet (l'action) était également très favorable.

Dans 10 cas, disparaissaient rapidement des larges condylomes sur les organes génitaux féminins, ainsi que dans plusieurs cas de régression d'affections primaires et de tuméfactions glandulaires.

REVUE MENSUELLE DE BIBLIOGRAPHIE

c) Glaucome.

Elschnig. Epithelauskleidung der Vorder-und Hinterkammer als Ursache von Glaukom nach Staroperation. Klin. Monatsbl. für Augenheilk., 1. Bd., März 1903.

Kampherstein. Ein Fall von glaukomatöser Exkavation mit retinaler Ausfüllung. Klin. Monastbl. f. Augenheilkunde, 1. Bd., Janu 1903.

Rombolotti. Ueber das experimentelle Glaukom. Arch. f. Augenheilk., 46. Bd., 4. Heft 1903.

Steindorff. Kurt. Ueber Einfluss von Temperatur und Jahreszeit auf den Ausbruch des akuten primären Glaukomanfalls. (Aus der Augenheilanstalt von Prof. Hirschberg-Berlin). Deutsche medicin. Wochenschr. 1902, Nr. 52, S. 929.

Steindorff. Ueber den Einfluss von Temperatur und Jahreszeit auf den Ausbruch des akuten primären Glaukom Anfalles. Centralbl. f. prakt. Febr. 1903.

Wagner. Personliche Bemerkung zur Arbeit des Herrn. Prof. Hoor : « Zur Indications-Frage der Sympathicus-Resection gegen Glaucom ». Archiv f. Augenheilk., 46, Bd., 4. Heft, 1903.

Wahlfors. Uber Glaucom. Archiv für Augenheilk, 47. Bd., 1. Heft 1903.

Wolffberg. Eserinöl, Atrabilin und Dionin gegen Glaukom. Wochenschrift f. Ther. u. Hyg. d. Auges, VI. Jahrg. Nr. 15.

d) Maladies du corps vitré de la rétine et du nerf optique.

Böger. Drei Fälle von präretinaler Blutung. Diss. Tübingen 1903.

Gros. Otto. Bericht über 170 Fälle von Netzhautablösung. Diss. Giessen 1903.

Klöpper. Ueber die recidivierenden juvenilen Netzhaut- und Glaskörperblutungen. Diss. Leipzig.

Mathieu. Contribution à l'étude de la névrite rétro-bulbaire héréditaire. Thèse de Paris 1902.

Strzeminski. J. Beitrag zur Kenntnis der Degeneratio circinata retinae. v. Gräfe's Arch f. Ophthalm., Bd. 55, Heft 2, S. 271.

Süsskind Beitrag zur Differentialdiagnose des Cysticercus intra-ocularis. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1. Bd., Februar 1903.

Watz. Zur Statistik der Neuritis optica mit besonderer Berückesichtigung eines Fall von beiderseitiger recidivierender retro-bulbärer Neuritis. Diss. Giessen 1902.

e) Tumeurs.

Ahlström. Zur Kasuistik der okularen Tumoren. Beiträge zur Augenhelikunde, 54. Heft, 1902.

Bilsky. Ein Fall von Sarcom im atrophischen Auge. Archiv f. Augenkeilk., 47. Bd., 1. Heft 1903.

Jerusalimski. Ein Fall von Neoplasma der Iris. Westnik ophthalm. 1903, H. 1, pag. 42 (russ.).

Parsons, H. Uber einen Fall von Ringsarkom des Ciliarkörpers. Mit 3 Fig. im Text v. Gräfe's Archiv f. Ophthalmologie.

f) Traumatisme, traitement. Ophtalmie sympathique.

Axenfeld. Die Exstirpation des Thränensacks zur Prophylaxis der septischen Infektion der Berufsverletzungen des Auges. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., I. Bd., Februar 1903.

Bodeewes. Karl. Statistisch-kasuistischer Beitrag zu den traumatischen Linsenluxationen. Diss. Giessen 1901.

Ciré. Emil. Beitrag zur Casuistik der Verletzungen der Orbita. Diss. Giessen 1901.

Fabian. Traumatisches Ciliarstaphylom, Aphakie und partieller Irisverlust mit Erhaltung eines guten Sehvermögens. Zeitschr.f.Augenheilk.,Bd. 9,Heft 4,April 1903.

Galezosski. Sur le danger de la conservation des moignons oculaires, ophtalmies sympathiques consécutives. Recueil d'Ophtalmologie, Juli 1902.

Gaus. Ueber ausgedehnte Aderhaut–Netzhautveränderungen nach Contusio bulbi ohne Skleralruptur. Diss. Jena.

Goedel. Ueber einen Fall voneinem jahrelangen reaktionslosen Verweilen eines Eisensplitters in der Iris. Diss. Leipzig.

Grullon. Essai sur les phénomènes sympathiques de l'œil. Thèse de Paris 1902.

Haass. Eine neue Fremdkörpernadel. Wochenschrift für Ther. u. Hyg. d. Auges, VI. Jahrg., Nr. 12.

Haab. The removal of foreign bodies from the eye. The journal of the American Medical Association, August 30, 1902.

Haab. Ueber die Anwendung des grossen Magneten bei der Ausziehung von Eisensplittern aus dem Auge. Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. 8, Heft 6, Dezember 1902.

Haab. O. La extraction de los cuerpos extranos del ojo. Anales de Oftalmologia. Tomo V.v. Nr. 4. u. 5.

Hirschberg. Uber Magnet-Operation und über doppelte Durchbohrung des Augapfele seitens eingdrungener Einsensplitter. Centralblatt f. prakt. Augenheilk., Januar 1903.

Jerusalimski. Ein Fall von einer Cilie in der Vorderkammer. Westnik ophthalm. 1903. H. 1, pag. 33 (russ.).

Kempner. Beitrag zur traumatischen Augenmuskellähmung. Klin. Monatsblätter für Augenheilk., 1. Bd. Februar 1903.

Kraus. Iriseinsenkung nach Einwirkung einer stumpfen Gewalt. Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. IX. Heft 1. Januar 1903.

Lohrer. Hermann. Ueber Verletzungen der Lider und Thränenorgane mit besonderer Berücksichtigung der Thränensackverletzungen. Diss. Giessen 1901.

Pagenstecher. Zwei Fälle von traumatischer Retinaveränderung. v. Gräfe's Arch. f. Ophth.,55. Bd., 1. Heft.1902.

Petella. Sull' ottalmia simpatica e sui criterii che ne stabiliscone l'origine e la natura per gli effetti medico-legali. La Clinica oculistica November 1902.

Romer. P. Arbeiten aus dem Gebiet der sympathischen Ophthalmie. I. Die sympathische Ophthalmie als Metastase. v. Gräfe's Arch f. Ophth., Bd. 55. Heft 2, S.302.

Schenkel. Hans. Ueber einen neuen Electromagneten zur Extraction von mognetischen Fremdkörpern aus Augen. Deutsche medicin Wochenschrift 1902, Nr. 51, S. 924.

Schwarz. Bemerkungen zur Verätzung der Augen. Beiträge zur Augenheilkunde, 55. Heft. 1903.

Selye Hugo. Zwei Fälle von Augenverletzungen mit Irisvorfall. Wiener medicin. Wochenschrif, 1902, Nr. 51.

Valois. Blessures de l'œil par grain de plomb. Recueil d'ophtalmologie, Juli, August 1902.

Welt. Recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques sur l'ophthalmie sympathique. Revue médicale de la Suisse Romande, 20 Mai 1902.

Wolfflin. Eine seltene Art von perforierender Hornhaut-Verletzung. Centralblatt f. prakt. Augenheilk., Febr. 1903.

6 Muscles, orbite.

a) **Muscles.**

Krauss. Beitrag zur Kasuistik des einseitigen Nystagmus. Zeitschrift f. Augenheilk., Bd. IX, Heft 2 Februar 1903.

Quintella. Manuel. Dos casos de paralisis del musculo oblicuo superior, consecutiva à la trepanacion del sino frontal. Anales de Oftalmologie, Bd. V. Nr. 6.

Rémy. A. Simulation de la diplopie. Recueil d'ophtalmologie, November 1902.

Rémy. A. Strabisme convergent des presbytes ou diplopie fonctionnelle, suite des applications du diploscope. Recueil d'ophtalmologie, Oktober 1902.

Le Roux. De l'emploi des verres dans le traitement du strabisme. Thèse de Paris, 1902.

SOMMAIRE

DE L'OPHTALMOLOGISCHE KLINIK

(N° 3, 1904)

TRAVAUX ORIGINAUX.

Dr *Schulte* : Moyen simple d'éviter l'extraction du sac lacrymal.

Dr *von Hadano* : Das abstehen der Ainsseren Lidwinkels.

BIBLIOGRAPHIE.

a) Bactériologie et anatomie pathologique.
b) Troubles fonctionnels et procédés d'exploration.
c) Maladies oculaires externes.
d) Blessures ; traumatismes.
e) Maladies oculaires internes.
f) Glaucome.
g Nerfs, muscles, orbite, etc.

ADRÉNALINE CLIN

se trouve dans toutes les pharmacies

Adrénaline pure en cristaux, tubes de 0 gr. 05		4 fr
Solution d'Adrénaline (chlorhydrate) au 1/1000e,	p. fl.	1.5
id.	g. fl.	5 »
Collyre au 1/5000e	fl.	4 »
Granules d'Adrénaline dosés à 1/4 de milligr.	fl.	4 »
Tubes stéril. pour inject hypod., 1/2 mg. par cc.	b.	6 »
Suppositoires dosés à 1/4 de milligr.	b.	3.5

CLIN et Cie. — F. COMAR et fils et Cie, Paris.

Chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée.

Régates internationales de Cannes et de Nice.

VACANCES DE PAQUES

Tir aux pigeons de Monaco.

Billets d'aller et retour de 1re et de 2e classes, de *Paris* pour *Cannes*, *Nice* et *Menton*, délivrés du 6 mars au 7 avril 1904.

Les billets sont valables 20 jours, et la validité peut être prolongée une ou deux fois de 10 jours, moyennant 10 % du prix du billets. Ils donnent droit à deux arrêts en cours de route, tant à l'aller qu'au retour.

De Paris à Nice : 1re classe, 182 fr. 60 ; 2e cl., 131 fr. 50

La Compagnie organise, avec le concours de l'Agence Cook :

1° **Une excursion en Italie, du 17 mars au 13 avril 1904.** Prix (tous frais compris), 1re classe : 975 fr. ; 2e classe : 680 francs

2° **Une excursion en Tunisie et en Algérie, du 24 mars au 21 avril 1904.** Prix (tous frais compris), 1re classe : 1200 fr. ; 2e classe : 1.075 francs.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'Agence Cook, 1, place de l'Opéra et 250, rue de Rivoli.

Demandes et Offres

Un jeune Docteur désirant se spécialiser cherche :

Une place **d'assistant dans une clinique ophtalmologique** à Paris ou en province.

S'adresser au bureau du Journal.

— A céder, en province, un petit noyau de clientèle ophtalmologique.

S'adresser au bureau du Journal.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX, INDICATIONS,

MODE D'EMPLOI.

DIONINE **analgésique oculaire profond** provoquant un afflux lymphatique qui active la nutrition de l'œil — accélère la cicatrisation des plaies et la résorption des exsudats. — Collyres à 2 et 5 % dans les **kératites,** le **glaucome,** les **iritis,** etc. (Voir la *Clin. Opht.*, pages : 1, 135, 137, 179, 352, 1902.)

Le bromure de METHYLATROPINE est un précieux **mydriatique** plus faible que l'atropine. A 1/2 % en combinaison avec la cocaïne ou la tropococaïne, il remplace l'**euphtalmine** pour l'examen ophtalmoscopique, et à 1 % il remplace l'**homatropine** pour l'examen de la réfraction après paralysie de l'accommodation. (Voir la *Clin.Opht.*, page 317, 1902.)

L'IODIPINE est un succédané précieux de l'IK, dans toutes les affections scrofuleuses ou syphilitiques. Sans provoquer aucun phénomène d'iodisme, il s'emploie en injections sous-cutanées et sous-conjonctivales. (Voir la *Clin. Opht.*, pages 4 et 209, 1902.)

LE JÉQUIRITOL est une solution d'abrine permettant un dosage exact, remplaçant avantageusement le jéquirity pour éclaircir les pannus et les leucomes cornéens granuleux ou scrofuleux ainsi que certaines kératites parenchymateuses. (Voir la *Clin. Opht.*, page 341, 1901 ; page 349, 1902 ; page 1, 1903.)

LA TROPACOCAÏNE est un **anesthésique local** proche parent de la cocaïne, mais non toxique à doses thérapeutiques ; elle ne provoque aucun trouble de la cornée, aucune mydriase, aucune élévation de tension, se conserve très bien dans les solutions aqueuses qui sont antiseptiques. Doses : collyres à 1 % dans la solution physiologique. (Voir la *Clin. Opht.*, page 174, 1899.)

PEROXYDE D'HYDROGÈNE MERCK chimiquement pur, antiseptique puissant à 1 et 3 % dans les plaies et les ulcères de la cornée, les dacryocystites, les blépharites, etc. (Voir la *Clin. Opht.*, page 38, 1903.)

Produits spéciaux pour l'Ophtalmologie :

Largine, pyoctanine, atropine, cocaïne, pilocarpine, etc., à l'état de pureté la plus absolue. Demander échantillons et littérature à

MM. ARROU et SALZE 32, rue Saint-Antoine, PARIS

E. Merck

Fabrique de produits chimiques à Darmstadt (Allemagne.)

RICINOSE GAUTHIER **Principe actif du Ricin. — Purgatif et laxatif**

Echantillons gratis.

Pharmacie GAUTHIER, rue Beaubourg.